

Aktueller Hilfsmittel-Newsletter Ausgabe 3/2023

PG 17 – Tipps und Hinweise zur vertragskonformen Beantragung von Medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK)

Häufige Rückfragen, fehlerhafte Kostenvoranschläge, Auffälligkeiten in nachträglichen Versorgungskontrollen – offensichtlich bestehen auf Seiten der Leistungserbringer viele Unsicherheiten bei der Beantragung von MAK-Systemen. Das führt auf Seiten der BARMER, wie auch auf Seiten der Anbieter zu unnötigem Zeit- und Arbeitsaufwand. Um Ihnen künftig die Beantragung von MAK-Systemen zu erleichtern, stellen wir Ihnen die nachfolgend die wichtigsten Infos zusammen.

Welche vertraglichen Regelungen gelten für MAK-Systeme?

Für die MAK-Systeme wurden durch den GKV-Spitzenverband neue Produktarten im Hilfsmittelverzeichnis innerhalb der PG 17 geschaffen. Ungeachtet dieser neuen Produktarten fallen die MAK-Systeme weiterhin unter die Regelungen des Vertrages „OT 2019“, in welchem die PG 17 vollumfänglich geregelt ist. Da für MAK-Systeme keine Preise vereinbart sind, ist ein Kostenvoranschlag erforderlich, welchem das Kalkulationsschema **EK + 20% + Arbeitszeit** zu Grunde gelegt ist.

Welcher Stundenverrechnungssatz gilt für die Kalkulation von MAK-Systemen?

Die MAK-Systeme sind innerhalb der PG 17 mit einem Stundenverrechnungssatz von **54,50 € netto** geregelt.

Welche Aufwände können innerhalb der Arbeitszeit kalkuliert werden?

Sie können alle von Ihnen durchgeführten Arbeitsschritte ansetzen, welche für die Versorgung am Kunden notwendig sind (z.B. Beratung, Messung, Abgabe mit Einweisung und Anprobe).

Wichtig: Die angesetzten Arbeitszeiten **müssen** den **realen Aufwänden** des jeweiligen Versorgungsauftrages entsprechen. Es werden ausschließlich **individuelle Kalkulationen** zu den entsprechenden Leistungsanträgen akzeptiert. Wenn Anbieter ihren Kostenvoranschlägen Empfehlungskalkulationen zu Grunde legen stellen wir sehr häufig fest, dass sich die im Kostenvoranschlag angegebenen Arbeitszeiten nicht mit den tatsächlich entstehenden Arbeitszeiten decken (beispielsweise bedeutet eine beidseitige Versorgung nicht zwangsläufig doppelten Aufwand).

PG 17 Kompressionshilfsmittel – Versorgungsprozess im Fokus

Die BARMER hat eine **Stichprobenprüfung und Versorgungskontrolle** bei den MAK-Systemen durchgeführt. Wir mussten feststellen, dass die tatsächliche Versorgungszeit in zahlreichen Vorgängen **erheblich geringer** ausfiel, als es uns durch die entsprechenden Kostenvoranschläge im Vorfeld dargestellt und auch abrechnet wurde.

Zum Teil wurde uns durch Versicherte berichtet, dass der antragstellende Leistungserbringende lediglich für die Produktbeschaffung in die Versorgung involviert war. Die tatsächliche Hilfsmittelversorgung sowie die dazugehörigen Dienstleistungen wurden demnach durch Dritte (z.B. Pflegedienste) ausgeführt. Die besagten Kunden berichteten sogar, dass mit den antragstellenden Leistungserbringenden keinerlei Kontakt oder Berührungspunkte bestanden.

Eine solche Handhabung verstößt gegen die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen. Wir werden diesen Sachverhalt künftig **verstärkt prüfen** und geeignete **Sanktionsmöglichkeiten** ergreifen, wenn der BARMER Kosten für nachweislich nicht erbrachte Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Hintergrund der Vorgehensweise der Barmer:

Hier ein Beispiel, wie versorgt wurde und was zur Abrechnung gebracht wurde – der Fall liegt uns (medi) vor:

Verordnung: Circaid juxtafit Unterschenkel und Oberschenkel – beidseitig

Kalkulationsvorstellung des Kunden:

Ganzbein: 74 min. ASZ Unterschenkel + 95 min. ASZ Oberschenkel => 170 min. pro Bein

Gesamtkalkulation für beide Beine: 5,5 Stunden Arbeitszeit

Die Barmer nahm hier eine entsprechende Kürzung vor:

Ganzbein: 90 min. pro Bein => 180 min. für beide Beine

Zum Vergleich der Orientierungswert vom BIV für eine Ganzbeinversorgung einseitig: 118 min.

Fazit: Die Kalkulation muss dem wahren Versorgungsaufwand entsprechen!