



## Erste Erfahrungen mit dem GKV-WSG\* Auswirkungen auf die Versorgung mit Stomaartikeln

(\*GKV-WSG = „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“)

Vom Gesetz her ist vorgesehen, dass bis zum 01.01.2009 auch die Versorgung mit Stomaartikeln von den gesetzlichen Krankenkassen ausgeschrieben werden muss (Umsetzung von EU-Recht) - siehe §127 Abs. 1. In diesem Fall müssten sich Leistungserbringer (Sanitätshäuser, regionale oder überregionale Homecareunternehmen) für bestimmte ausgeschriebene Versorgungsgebiete bewerben. Sie müssen die im Ausschreibungstext festgelegten Bedingungen erfüllen. Den Zuschlag bekäme pro Gebiet der Leistungserbringer, der die geforderte Leistung zum günstigsten Preis erbringen kann - pro Gebiet stünde dann nur noch ein Leistungserbringer zur Verfügung.

**Eine Ausschreibung ist ein Teil des Verfahrens zur Vergabe von Aufträgen im Wettbewerb. Durch sie werden potentielle Bieter aufgefordert, ein Angebot zu unterbreiten.**

### **SGB V §127 - Verträge**

**(1)** Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungsleistungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. ... Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungsleistungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig. ...

Wie im letzten Satz nachzulesen, kann vom Prinzip der Ausschreibung von den Krankenkassen nur in Ausnahmen abgewichen werden.

## **Auch ohne Ausschreibung müssen die Kassen Leistungsverträge abschließen!**

Im Bereich Stomaversorgung ist zur Zeit noch nicht geklärt, ob Ausschreibungen tatsächlich unumgänglich sind. Ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes steht noch aus. Alternativ müssen die Kassen dann aber bis zum 01.01.2009 sogenannte Leistungsverträge (auch Bekanntmachungsverträge oder Einzelverträge genannt) mit Leistungserbringern schließen. Diesen Weg haben zur Zeit alle Kassen beschritten, sind aber in der Umsetzung unterschiedlich weit. Einige Kassen haben bereits Verträge geschlossen und die dort versicherten Stomaträger werden von diesen Änderungen – in der Regel durch ihre Krankenkasse – erfahren haben. Andere Kassen befinden sich in Vertragsgesprächen mit Leistungserbringern und wieder andere sind noch dabei, die Vertragsinhalte zu entwickeln.

Von daher bestehen im Augenblick alte Regelungen und Regelungen nach neuem Recht nebeneinander. Das bedeutet, dass auch die ILCO noch keine endgültigen Informationen geben kann. Erste Erfahrungen von Stomaträgern mit Kassen, welche Verträge abgeschlossen haben, wurden uns aber schon berichtet.

## **Was ist wichtig zu wissen?**

### **Es gibt keine generelle Begrenzung von Verbrauchsmengen!**

Bei in Verträgen von den Kassen genannten Verbrauchsmengen handelt es sich immer um einen **Durchschnittswert**. Abweichungen nach oben oder unten sind nicht nur möglich, sondern sogar vorgesehen, weil nach dem Gesetz der individuell notwendige Bedarf gedeckt werden muss. Die medizinische Notwendigkeit für einen

**Mitwirkungspflicht wird auch hinsichtlich einer optimalen und korrekten Stomaversorgung vom Versicherten erwartet.**

gegenüber der Durchschnittsmenge erhöhten Bedarf muss allerdings vom Arzt begründet werden. Es besteht – wie auch sonst üblich in Versicherungsverhältnissen – eine Mitwirkungspflicht des Versicherten. D.h. wenn die Kasse z.B. bei einem höheren Verbrauch eine persönliche Vorstellung bei einem Stomatherapeuten erwartet, um zu klären, ob die Versorgung optimal angepasst ist und der Stomaträger seine Versorgung richtig durchführt, muss der Versicherte dem nachkommen. Weigert er sich oder besteht er auch nach einer Beratung auf der bisherigen Verbrauchsmenge, auch wenn diese medizinisch nicht zu begründen ist, wird er einen Mehrbedarf selbst zahlen bzw. die Differenz zu dem, was die Kasse zahlt, selbst tragen müssen.

### **SGB V § 33 - Hilfsmittel**

*(1) ... Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte Folgekosten selbst zu tragen.*

### **Die Kassen dürfen ihrem Versicherten die Leistungserbringer vorschreiben.**

Die Kassen schließen Verträge nur noch mit den Leistungserbringern, welche die Bedingungen, zu denen auch eine Festlegung der Qualität gehört, erfüllen. Zu die-

sen Festlegungen gehören z.B. Forderungen an Ausbildung und Kenntnisse des Personals, Beschreibung dessen, was ein Leistungserbringer können und tun muss, also welche konkreten Leistungen erbracht werden müssen usw. Bei diesen Leistungserbringern (= Vertragspartner der Kassen) muss nur die gesetzliche Zahlung (10%, höchstens 10 EUR im Monat für Verbrauchshilfsmittel) gezahlt werden. Falls ein Betroffener einen anderen, nicht als Vertragspartner zugelassenen Leistungserbringer wählt, muss er seine Versorgung **komplett selbst zahlen**. Hier gibt es **nur eine Ausnahme**: wenn der Versicherte ein berechtigtes Interesse an der Wahl dieses speziellen Leistungserbringers nachweisen kann, muss er **nur die entstehenden Mehrkosten** tragen. Im Einzelfall ist Genaueres mit der Krankenkasse zu klären.

### **SGB V § 33 - Hilfsmittel**

*(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.*

### **Es gibt von den Krankenkassen aus keine Einschränkungen hinsichtlich der Auswahl des Produktherstellers.**

Die Kasse schreibt keine Hersteller vor und schließt keine Produkte aus, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Ein Wechsel des Produktes/Herstellers kann allerdings dann notwendig werden, falls sich im Einzelfall herausstellt, dass ein Produkt für diesen Betroffenen tatsächlich nicht das optimale darstellt. Arzt und Leistungserbringer müssen dies begründen. Umstellungen auf andere Produkte ohne medizinische oder pflegerische Notwendigkeit wie z.B. bessere, längere Haftung, bessere Hautverträglichkeit sind nicht vorgesehen. Falls Leistungserbringer – eventuell aus geschäftlichem Interesse – dennoch nicht akzeptable Produktvorgaben machen, sollte dies mit der Krankenkasse (dort im Bereich Hilfsmittel versierten Gesprächspartner suchen!) besprochen werden.

Entscheidet sich der Betroffene allerdings dafür, die Produktwahl nicht zu verändern, obwohl eine medizinische oder pflegerische Notwendigkeit gegeben ist, und verbraucht er dadurch mehr als den Durchschnittsbedarf, muss er dieses „Mehr“ selbst zahlen. Beispiel: wenn jemand regelmäßig breiigen oder flüssigen Stuhlgang hat und häufige Stuhlentleerungen, benötigt er - von seltenen Ausnahmen abgesehen - normalerweise Ausstreifbeutel als übliche Versorgung. Wenn

**Ein „Mehrverbrauch“ entgegen medizinischer oder pflegerischer Notwendigkeit wird von der Kasse zukünftig nicht mehr getragen.**

jemand aber keine Ausstreifbeutel, sondern geschlossene Beutel verwenden will, wird er meist wesentlich mehr Material verbrauchen als durchschnittlich vorgesehen. Diese Mehrkosten trägt die Kasse zukünftig nicht (mehr).

## **Verordnungszeitraum**

Dieser ist zur Zeit bei den Kassen unterschiedlich geregelt. Manches spricht dafür, dass der Arzt auch in Zukunft den Bedarf an Stomaartikeln für mehrere Monate (für wie viele wird möglicherweise unterschiedlich sein) verordnen darf. Weiteres ist noch nicht bekannt.

## **Angestrebt wird eine qualitative Verbesserung der Versorgung!**

Die Kassen haben der ILCO in vielen Gesprächen im Vorfeld der Vertragsentwicklung versichert, dass sie weiterhin eine optimale Versorgung der Stomaträger wünschen und mit den Regelungen in den Vertragsinhalten sogar eine qualitative Verbesserung der Versorgung anstreben: Gute Anleitung der Stomaträger in der Selbstversorgung, bei Problemen eine kompetente wohnort- und zeitnahe Beratung, Verringerung und Vermeidung von Fehlversorgung, Abbau von Unter- und Überversorgung.

Jeder Versicherte hat übrigens das gesetzlich festgeschriebene Recht, die wesentlichen Inhalte der Verträge, die seine Kasse mit Leistungserbringern geschlossen hat, zu erfahren.

### **SGB V § 127 - Verträge**

*(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren.*

Dieses Recht sollten Stomaträger auch ruhig wahrnehmen, damit auch sie wissen, auf welche Leistungen sie gegenüber dem Leistungserbringer Anspruch haben.

## **Weitere wichtige Hinweise:**

Gerade in der ersten Zeit der Umsetzung eines neuen Gesetzes oder neuer Richtlinien - so hat es sich auch bei früheren Gesetzesänderungen gezeigt - gibt es oft auf allen Seiten noch Unsicherheiten. Aussagen stimmen manchmal nur teilweise oder Briefe sind nicht gut verständlich formuliert. Daraus resultieren leicht Missverständnisse, die unnötige Sorgen oder Ärger bereiten.

**Erster Ansprechpartner bei Unklarheiten ist die Krankenkasse!**

Bedenken Sie, dass die Krankenkasse Ihr Vertragspartner ist – und damit Ihr erster Ansprechpartner bei Unklarheiten. Häufig ist nicht der Sachbearbeiter Ihrer Kasse vor Ort der Fachmann für den Stomabereich. Viele Kassen haben Zentralen auf der Landes- oder Bundesebene (Hilfsmittelzentrum, Kompetenzzentrum Hilfsmittel oder Hilfsmittelmanagement oder ähnlich genannt) eingerichtet, in denen Mitarbeiter ausschließlich für die Hilfsmittelversorgung tätig sind. Dort werden auch die Entscheidungen über die individuelle Versorgung getroffen. In der Regel ist auf Briefen, die Sie

wegen der Stomaversorgung von Ihrer Kasse erhalten, der zuständige Ansprechpartner genannt.

- Fragen Sie genau nach, wenn Sie etwas nicht verstehen oder Ihnen eine Auskunft falsch erscheint und lassen sich den Sachverhalt so erläutern, dass er verständlich ist.
- Lassen Sie sich telefonische oder mündliche Auskünfte hierzu möglichst noch schriftlich bestätigen.

### **Auch ILCO informieren oder fragen!**

Natürlich können Sie sich mit Nöten, Ärger oder bei Unklarheiten immer auch an die Bundesgeschäftsstelle der ILCO wenden. Aber auch grundsätzlich sind wir für Informationen über positive und negative Erfahrungen hinsichtlich der Umsetzung der Leistungsverträge dankbar - denn: **Die Arbeit der ILCO-Interessenvertretung gegenüber Politik, Kostenträgern (Kassen) und Leistungserbringern bedarf auch Ihrer konkreten Erfahrungen!**

### **Die ILCO vertritt intensiv die Interessen der Stomaträger**

Mit Stellungnahmen schon im Vorfeld der Gesetzesänderungen, mit der Veröffentlichung der Stellungnahme „Grundsätzliche Anforderungen der Deutschen ILCO an die Versorgung mit Stomaartikeln“ (siehe ILCO-PRAXIS 4/07 S. 46), in vielen persönlichen und telefonischen Gesprächen mit Verantwortlichen aus Politik und Krankenkassen sowie der Mitwirkung in Gremien hat der Bundesverband der Deutschen ILCO seine Aufgabe als Interessenvertreter der Stomaträger wahrgenommen. Auch weiterhin wird die ILCO sich bemühen, dass die Inhalte der Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern keine Verschlechterung der Versorgungssituation festschreiben. Jeder Stomaträger muss auch in Zukunft, wie im Gesetz vorgesehen, seine bedarfsgerechte Versorgung mit Stomaartikeln erhalten - eine Versorgung also, die sowohl den Grundsätzen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung Rechnung trägt als auch den individuell notwendigen Bedarf deckt.