



## Stomahilfsmittel - Leistungen der GKV\*

### Weitere Erläuterungen zu Verträgen mit Leistungserbringern und Kostenpauschalen

(\*GKV = Gesetzliche Krankenversicherung)

Gesetzlich Krankenversicherte, die Stomahilfsmittel benötigen, bekommen zunehmend die Folgen des GKV-WSG (= Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung) zu spüren. In den Ausgaben 2/08, 4/08 und 1/09 der ILCO-PRAXIS haben wir über wesentliche Inhalte dieses Gesetzes sowie über die ersten Erfahrungen mit den Auswirkungen auf die Versorgung mit Stomaartikeln informiert.

#### Vergütung mittels Kostenpauschalen

Inzwischen schließen immer mehr Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern (LE), also Sanitätshäusern, Versandhandel, Homecare-Unternehmen, evtl. Apotheken ab. Häufig werden dabei für die Versorgung der Versicherten mit **zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln** - und dazu zählen die meisten der Stomaartikel - Verträge geschlossen, die eine Vergütung mittels Kostenpauschalen beinhalten. Das heißt, der LE bekommt von der Krankenkasse einen vertraglich festgelegten „Durchschnitts“-Betrag (Monatspauschale) für jeden der bei der betreffenden Krankenkasse versicherten Kunden. Damit werden die fachgerechte Versorgung mit Stomaartikeln sowie alle damit zusammenhängenden Dienstleistungen abgegolten. Diese Pauschalen werden einerseits aus den Kosten errechnet, welche ein „Standard“stomaträger im Monat durchschnittlich für seine Versorgung verursachen würde - ausgerechnet anhand von „**Durchschnittsmengen**“ an Beuteln, Platten usw. Außerdem haben viele Kassen auch die durchschnittlichen Ausgaben der LE in der Versorgung von Stomaträgern aus dem vergangenen oder mehreren Abrechnungsjahren in die Ermittlung der Pauschale einbezogen. Hat der LE zehn Stomaträger zu versorgen, bekommt er die Monatspauschale zehnmals, bei 100 Stomaträgern hundertfach usw. **Wichtig:** Der LE kommt dadurch auf seine Kosten, dass der eine Stomaträger weniger Hilfsmittel verbraucht und damit unterhalb der Pauschale bleibt und Mehrkosten, die andere verursachen, damit ausgeglichen werden können. Keinesfalls darf der LE dem einzelnen Kunden vorschreiben, nur Hilfsmittel im Rahmen der Monatspauschale zu ordern, denn die Pauschalen sind **nicht kundenbezogen**, also nicht auf den einzelnen Stomaträger berechnet. Das heißt, wenn ein Leistungserbringer sagt „Ich darf für

**Merke: Pauschalen sind nur Durchschnittswerte und keine Obergrenzen für den einzelnen Kunden!**

Sie nur xxx EURO ausgeben“, ist das falsch. Er soll lediglich **im Durchschnitt aller seiner Stomaträgerkunden nicht mehr als diese Pauschale benötigen.**

Bei Abschluss des Leistungsvertrags mit der Krankenkasse stimmt der LE der Höhe der Pauschale zu. Erweist sich dieser Betrag grundsätzlich als zu niedrig, um seine Stomaträger damit gut und angemessen versorgen zu können, muss er über die Höhe der Pauschale mit der Krankenkasse verhandeln oder von dem Vertrag zurücktreten. Dem Stomaträger eine Aufzahlung abzufordern, um die **notwendige** Versorgung liefern zu können, ist nicht im Sinn des Leistungsvertrags. Deshalb sollte sich kein Stomaträger mit den Leistungserbringern auf Diskussionen über Geld (Pauschalen) und welche Mengen dafür lieferbar sind einlassen. Das Thema „Geld“ hat - abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung (die der LE für die Kasse einnimmt) - im Verhältnis zwischen LE und Betroffenen überhaupt nichts zu suchen, da der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf die **Sachleistung** (die individuell notwendigen Hilfsmittel und die damit verbundene Beratung) hat und nicht auf einen bestimmten Geldbetrag (siehe weiter unten).

## **Niedrige Kostenpauschalen könnten zum Problem werden**

Dass die Kostenpauschalen je nach Krankenkasse und Bundesland sehr unterschiedlich hoch sind, ist für uns nicht nachvollziehbar. Es stellt sich die Frage, ob dennoch überall die Versorgungsqualität im Mittelpunkt steht oder doch mehr der erhoffte Einspareffekt. Inwieweit sich gerade niedrige Pauschalen negativ auf die individuelle Versorgung auswirken, ist noch nicht durchgängig zu bewerten. Es gibt aber bereits Rückmeldungen von Problemen, dass von einzelnen Leistungserbringern versucht wird, mit Hinweis auf die Pauschale an der Verbrauchsmenge einzusparen oder ohne medizinisch-pflegerische Begründung auf Produkte von Herstellern umzusteuern, die höhere Rabatte gewähren. Wenn Leistungserbringer mit der Pauschale nicht auskommen, darf das nicht auf dem Rücken der Stomaträger ausgetragen werden. Informieren Sie daher unbedingt Ihre Krankenkasse über solche Vorkommnisse.

**Wenn Leistungserbringer mit der Pauschale nicht auskommen, darf das nicht auf dem Rücken der Stomaträger ausgetragen werden. Informieren Sie daher unbedingt Ihre Krankenkasse über solche Vorkommnisse.**

Vorkommnisse. Lässt sich das Problem dennoch nicht lösen, hilft manchmal nur ein Wechsel des Leistungserbringers, was in der Regel auch möglich ist, da die Kassen üblicherweise mit mehreren LE Verträge abgeschlossen haben. Ein Wechsel der Kasse **allein** aus Gründen einer „niedrigen Pauschale“ sollte sehr gut überlegt werden, denn die Pauschalen werden am Ende der Vertragslaufzeit neu verhandelt und dann könnten auch bei der neuen Kasse schlechtere Bedingungen herrschen (zumal vor einer Wechselentscheidung auch die übrigen Leistungen beider Kassen berücksichtigt werden sollten)!

Außerdem kann mit medizinischer Begründung immer von der theoretisch errechneten durchschnittlichen Verbrauchsmenge abgewichen werden. Auch die zuständigen Mitarbeiter in den Krankenkassen wissen, dass es nicht den „Durchschnitts-Stomaträger“ gibt.

### 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 diesen 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 Zuzahlung (10%, höchstens 10 EUR im Monat für Verbrauchshilfsmittel) gezahlt werden. Im Extremfall könnte es natürlich sein, dass nur ein LE einen Vertrag zu den von der Kasse festgelegten Bedingungen abschließt. Das kommt in der Praxis aber wohl nicht vor und ist auch nicht im Sinne des den Verträgen zugrunde liegenden § 127 Abs. 2 SGB V, nach dem Versorgungsverträge mit mehreren LE abgeschlossen werden und auch weitere LE den Verträgen beitreten können.

Leider informieren die Kassen ihre Versicherten nicht immer rechtzeitig darüber, welche Änderungen auf sie zukommen und welche Leistungserbringer zukünftig die Hilfsmittelversorgung übernehmen. Oft genug wird das den LE überlassen. Eine direkte sachgerechte schriftliche Information von seiner Krankenkasse wäre wichtig für den Versicherten und würde auch dem Vertrauensverhältnis zwischen Kasse und Versicherten dienen. Zudem könnte eine solche Kasseninformation auch gut über deren Mitglieiderschriften erfolgen.

**Merke: der Leistungserbringer muss Vertragspartner der eigenen Krankenkasse sein - sonst kann es sehr teuer 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.

### Möglicher Problemfall: „mehrere Vertragspartner“ bei Urostomie

Urostomieträger benötigen in der Regel Produkte aus verschiedenen Produktgruppen (PG): z.B. Urostomiebeutel (aus der PG 29 = Stomaartikel) und Nachtbeutel (aus der PG 15 = ableitende Inkontinenzversorgung). Falls die Vertragspartner der Kasse - also die Leistungserbringer - für diese beiden PG nicht dieselben sind, kann es zu Problemen kommen. In diesem Fall ist mit der Krankenkasse zu klären, welche(r) Leistungserbringer - möglicherweise zwei verschiedene - die aufzahlungsfreie Lieferung erbringen können und wie die reguläre Zuzahlung von maximal 10 EUR pro Monat für den gesamten Monatsbedarf der zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel zu handhaben ist.

### Es gibt nach wie vor keine generelle Begrenzung von Verbrauchsmengen!

Bei in Verträgen von den Kassen (oder auch vom Leistungserbringer) genannten Verbrauchsmengen an Stomaartikeln handelt es sich immer um einen **Durchschnittswert**. Abweichungen nach oben oder unten sind nicht nur möglich, son-

dem sogar vorgesehen, weil nach dem Gesetz der individuell notwendige Bedarf gedeckt werden muss. Die medizinische Notwendigkeit für einen 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 durch einen oder bei einem Stomatheapeuten 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. Der Stomaträger sollte bereit sein, **medizinisch-pflegerisch begründete Vorschläge** des LE zumindest auszuprobieren, wenn sie nicht von vorne herein sachlich falsch erscheinen. Nach unserer Erfahrung

**Merke: es gibt keine generelle Einschränkung bei Stomahilfsmitteln hinsichtlich Verbrauchsmenge, Hersteller und Produktauswahl.**

hat nämlich längst nicht jeder Stomaträger seine bisherige Versorgung nur durch mühsame und langwierige Versuche mit unterschiedlichen Herstellern, Produkten und Verfahren gefunden. So kann es im Einzelfall sogar hilfreich sein, neue Ideen auszuprobieren. Wir haben auch

schon erfahren, dass Betroffene zu einer besseren Versorgung als vorher gekommen sind. Gelingt es jedoch nicht, eine bessere Versorgung (bessere Hautverträglichkeit, längere Haftung) zu finden, muss auch eine dann nachweisbar notwendige höhere Verbrauchsmenge vom LE ohne Aufzahlung abgegeben werden.

### **Es gibt keine generelle Einschränkung bei den Stomahilfsmitteln!**

Manchmal kursiert das Gerücht, dass Hautschutzpasten, -lotionen, Pflasterentferner oder andere, zwar nicht generell benötigte aber doch zugelassene Stomahilfsmittel nicht von den Kostenpauschalen abgedeckt seien. Dies ist falsch! Auch hier gilt: das medizinisch Notwendige wird vom Arzt verordnet und begründet, ggf. erfolgt eine Überprüfung durch eine Stomafachkraft, und dann muss der Kunde mit den **benötigten** Produkten - im Rahmen der Kostenpauschale und ohne Aufpreis! - beliefert werden.

### **Kassen in die Pflicht nehmen!**

**Merke:** Jeder Stomaträger muss mit dem **Notwendigen** versorgt werden und zwar ohne jegliche wirtschaftliche Aufzahlung! (Die Definition lautet „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“). Das ist vom Gesetz her so vorgesehen. Nur für nicht Notwendiges kann eine Aufzahlung verlangt werden. Wenn also das Notwendige vom Leistungserbringer nicht mehr gewährt wird oder dafür Aufzahlungen verlangt werden, muss man sich direkt an seine Krankenkasse wenden. Wenn ein LE nämlich Aufzahlungen für das Benötigte verlangt, verletzt er nicht nur das Gesetz, sondern auch den mit der Kasse geschlossenen Vertrag. Dann **muss** die Kasse reagieren und dafür sorgen, dass der Stomaträger das Notwen-

dige ohne Aufzahlung bekommt. Bestehen Zweifel an der Notwendigkeit der Produkte und Mengen, darf und muss **die Kasse** die Notwendigkeit prüfen (lassen), z.B. durch den Medizinischen Dienst oder einen anderen von der Kasse beauftragten Leistungserbringer. In diesem Fall besteht eine Mitwirkungspflicht des Betroffenen, das heißt, der Betroffene muss sich einer solchen von der Kasse angeordneten Prüfung unterziehen.

## **Bitte informieren Sie die ILCO bei Problemen!**

Was uns besonders interessiert, um strukturelle Mängel erkennen zu können, sind **folgende Auffälligkeiten:**

- Wenn Mengeneinschränkungen bei Stomaversorgungsartikeln aller Art vorgenommen werden, das heißt, wenn der tatsächlich begründbare Bedarf nur gegen eine Aufzahlung abgegeben wird und eine vorgelegte Begründung des Arztes für den Verbrauch daran nichts ändert
- Wenn Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Hilfsmittel wie Pasten, Lotionen, Hautschutzmittel o.a. vorgenommen werden
- Wenn Umstellung auf Produkte anderer Hersteller ohne pflegerische/medizinische Begründung erfolgt oder versucht wird
- Wenn sich Leistungserbringer auf nur wenige Hersteller beschränken und Produkte mancher Hersteller nur gegen Aufzahlung erhältlich sind

## **Wie handelt/reagiert die Krankenkasse bei Problemen?**

- Gibt es zeitnahe Hilfe durch den Leistungserbringer bei Versorgungsproblemen?
- Gibt es sachgerechte und rechtzeitige Informationen?
- Wird auf Nachfrage über vertraglich vereinbarte Leistungen informiert?
- Findet die Kasse Produktumstellungen - auch ohne pflegerische/medizinische Begründung - zumutbar?
- Kann ein Leistungserbringer genannt werden, der die individuell benötigte Versorgung ohne wirtschaftliche Aufzahlung leistet?

Wie schon früher in der ILCO-PRAXIS geschrieben, sind wir darauf angewiesen, dass uns Mängel oder Probleme im Einzelfall bekannt gemacht werden. Nur dann können wir an den maßgeblichen Stellen mit beweiskräftigen Informationen vorstellig werden und den Finger in die Wunde legen, um Nachbesserungen zu erreichen.

*DSch, M. Haß*