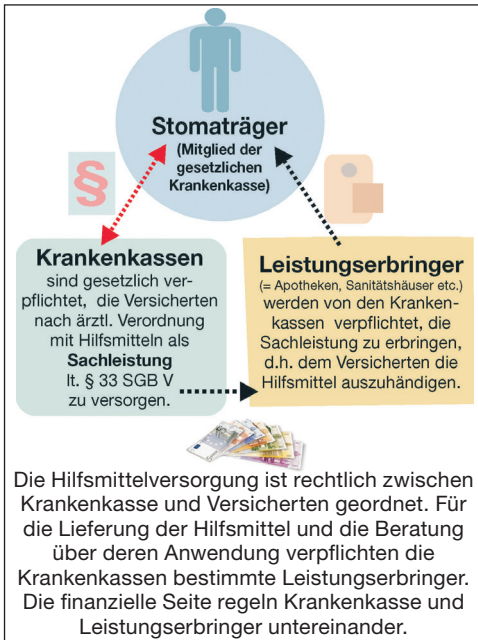




Stand der Dinge: Die Hilfsmittelbeschaffung der gesetzlich versicherten Stomaträger

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln

- Der bei einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherte hat **Anspruch** auf die Versorgung mit Hilfsmitteln die notwendig sind, um die Behinderung auszugleichen ... (genaue Beschreibung im § 33 SGB V).
- Die Hilfsmittel werden vom **Arzt verordnet** und von einem **Leistungserbringer** an den Versicherten ausgehändigt. Der Leistungserbringer muss zugelassen bzw. mit einem Leistungsvertrag an die Krankenkasse gebunden sein.
- Die Hilfsmittel werden dem Versicherten als **Sachleistung** zur Verfügung gestellt, er erhält das Produkt und nicht das Geld dafür. Die Preisgestaltung ist allein Angelegenheit zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer.
- Der Vertrag, den der Leistungserbringer mit der Krankenkasse abschließt, soll eine zufriedenstellende **Versorgung** mit den erforderlichen Hilfsmitteln und die **Beratung über deren Anwendung** sicherstellen – und zwar allein für die gesetzliche Zuzahlung von 10 EUR für den Monatsbedarf. Eine weitere Aufzahlung an den Leistungserbringer ist nicht vorgesehen.
- Der Versicherte hat **nicht Anspruch auf jegliche Art und Menge** von Hilfsmitteln, vielmehr müssen die verordneten Hilfsmittel laut Gesetz (§ 92 Abs. 1 SGB V) **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein. In der vergangenen Zeit zugestandene Hilfsmittel müssen nicht auf Dauer geliefert werden. Durch die neuen Verträge kommen in manchen Fällen erst kompetente Berater zum Einsatz und manchmal findet erstmalig eine Hinterfragung der verwendeten Hilfsmittel statt, mit dem Ziel des sparsamen Umgangs mit Versorgungsartikeln bei – wenn möglich - Verbesserung der Versorgung. Diese Prüfung ist gestattet.
- Die Krankenkasse geht von **Durchschnittsmengen** der benötigten Hilfsmittel für die verschiedenen Stomaarten aus. Bei Mehrverbrauch als üblich lässt sie durch Fachleute prüfen, ob die verordneten Hilfsmittel geeignet sind und ob der Mehrverbrauch gerechtfertigt ist. Eventuell kann dann zu einer Verbesserung der Versorgung verholpen werden, falls die angewandte Vorgehensweise bisher nicht optimal ist.



Welche Leistungen erbringen die Hilfsmittellieferanten ?

Die Fachhändler, die für die Krankenkassen die vom Arzt verordneten Hilfsmittel an die Versicherten weitergeben, sind an bestimmte Leistungen gebunden. In der Vergangenheit waren sie aufgrund einer bestimmten Beschreibung ihres Fachbetriebes von den Krankenkassen als Leistungserbringer zugelassen. Weitgehend alle Apotheken, Sanitätshäuser und spezialisierte Homecare-Unternehmen gehörten zu diesen zugelassenen Unternehmen.

Durch die Gesundheitsreform 2007 und mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV WSG)“ wurde festgelegt, dass nur noch die Unternehmen versorgungsberechtigt sein sollen, die mit

der jeweiligen Krankenkasse einen von dieser ausgearbeiteten Leistungsvertrag abgeschlossen haben, der detaillierte Angaben über Art der Belieferung, Preise und Beratung der Versicherten enthält. Es gibt keinen Einheitsvertrag aller Krankenkassen, vielmehr können die verschiedenen Krankenkassen individuelle Verträge abschließen, die sich jedoch in den wichtigen Grundzügen ähneln.

Im Laufe des Jahres 2009 schließen die Krankenkassen (meist jeweils für die einzelnen Bundesländer) nach und nach Verträge mit Leistungserbringern zu den neuen Bedingungen ab, damit erlöschen frühere Zulassungen im Leistungsbe- reich der jeweiligen Kasse sofort.

Ab 1.1.2010 dürfen nur noch die Leistungserbringer Hilfsmittel an die Versicherten abgeben, mit deren Krankenkassen sie einen Leistungsvertrag abgeschlossen haben. Apotheken werden dann kaum noch unter diesen Unternehmen sein, da in den neuen Verträgen zumeist Beratung durch speziell ausgebildete Fachkräfte (z.B. Stomatherapeuten) gefordert werden, die Apotheken im Allgemeinen nicht bieten können.

Was die **Abmachungen über die Preise** anbelangt, kommen in den neuen Verträgen zwei verschiedene Entgeltungsformen zu Anwendung: Mit einer monatlichen Durchschnittskostenpauschale pro Versichertem oder mit Preisabsprachen über die einzelnen Hilfsmittel. Bis Ende 2009 können noch Leistungserbringer mit „einfacher“ Zulassung und Festbetrags- bzw. Vertragspreisregelung (z.B. auch Apotheken) tätig sein, solange die Krankenkassen noch keine Leistungsverträge nach neuem Gesetz abgeschlossen haben.

Leistungsvertrag **mit** Pauschale

Die Krankenkasse handelt mit dem Leistungserbringer eine Kostenpauschale aus, mit der dieser durchschnittlich pro Monat seine Stomakunden zufriedenstellend versorgen kann. In dieser Pauschale sind alle Leistungen - benötigte Hilfsmittel, Belieferung, Beratung, Dokumentation etc. - enthalten. Die Höhe der Pauschale soll so bemessen sein, dass die Kosten von Stomakunden, die mehr verbrauchen, durch die eingesparten Kosten derer, die weniger verbrauchen, ausgeglichen werden können. Mit dieser Regelung beabsichtigt die Krankenkasse zu erreichen, dass nicht mehr als die notwendigen Hilfsmittel und Mengen abgegeben werden, da der Lieferant daran interessiert ist, mit der Pauschale auszukommen und einen erwünschten Gewinn zu erzielen. Nachteil der Regelung ist, dass manche Lieferanten möglicherweise versuchen, möglichst geringe Mengen abzugeben - **bei weniger Verbrauch verdient der Händler mehr** - oder dass sie versuchen, dem Kunden für angeblich über der Pauschale liegende Kosten Aufschläge zu berechnen. Dies ist jedoch nicht im Sinne des Leistungsvertrages.

Wichtig:

Mit der Pauschale muss der Leistungserbringer seine Stomakunden gut mit allem Notwendigen versorgen.

Wenn der Händler eine wirtschaftliche Aufzahlung verlangt:

Erst Krankenkasse informieren, nicht einfach bezahlen!

Leistungsvertrag **ohne** Pauschale

Die Krankenkasse handelt mit dem Leistungserbringer einen Vertrag aus, in dem feste Preise für die einzelnen Hilfsmittel festgelegt sind, mit denen auch alle Aufwendungen für Beratung, Belieferung etc. abgegolten sind. Dieser Vertrag lässt offen, welche Kosten der einzelne Versicherte der Krankenkasse durch seinen Hilfsmittelverbrauch verursacht. Um einem beliebigen Verbrauch entgegenzuwirken - **bei mehr Verbrauch verdient der Händler mehr** - liegen den Krankenkassen Angaben über durchschnittliche Verbrauchsmengen vor, an denen sie den Versicherten messen. Liegt der Verbrauch über dem Durchschnitt, ist die Krankenkasse auch hier berechtigt, Nachfragen zu dem „Warum“ zu stellen.

Wichtig:

Nicht jede beliebige Verbrauchsmenge muss akzeptiert werden, sie muss immer begründbar sein.

Der verordnende Arzt sollte als Unterstützer gerechtfertigter Wünsche einbezogen werden.

Mit alter Zulassung bis 31.12.2009

Mit der bisherigen Zulassung ist die Abrechnung der Kosten mit der Krankenkasse mit Fest- bzw. Vertragspreisen geregelt.

Bis zum Jahresende muss ein neuer Leistungsvertrag nach dem GKV-WSG geschlossen werden. Wer die Bedingungen dieser Leistungsverträge nicht erfüllen kann oder will, kann ab 2010 nicht mehr als Lieferant für Stomaartikel tätig sein. Dies wird vermutlich auf die meisten Apotheken zutreffen.

s. unter Leistungsvertrag ohne Pauschale.

Bearbeitung: HE, MH