



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

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

Ausführlich wurden zuletzt in der ILCO-PRAXIS 2/08 (S. 65-69) die möglichen Auswirkungen hinsichtlich der Versorgung mit Stomaartikeln beschrieben. Im Folgenden werden aufgrund des sich immer wieder ergebenden Informationsbedarfs zu diesem Thema erneut grundsätzliche Punkte sowie neue Erkenntnisse dargestellt.

Wer wird in Zukunft die Stomaartikel liefern?

Ein wesentlicher Bestandteil des GKV-WSG, das am 1. April 2007 in Kraft getreten ist (wir haben in ILCO-PRAXIS 2/07 ausführlich berichtet), betrifft die Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Leistungserbringer (Apotheken, Sanitätshäuser, Home-care-Unternehmen) und die neu zu schließenden Verträge mit den Krankenkassen. Wo bereits Verträge geschlossen wurden, müssten die dort versicherten Stomaträger von diesen Änderungen - in der Regel durch ihre Krankenkasse - erfahren haben.

Das Gesetz sah vor, dass die neuen Verträge (sog. Leistungs- bzw. Verhandlungsverträge oder Ausschreibungsverträge) bis zum 31.12.2008 geschlossen sein müssen. Da die Umsetzung bis zu diesem Zeitpunkt große Schwierigkeiten bereitete, wurde nun eine **Fristverlängerung um ein weiteres Jahr** beschlossen.

Beschluss des 14. Ausschusses des Bundestages am 17.10.2008:

Bei Verhandlungsverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V (Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern über die Versorgung mit Hilfsmitteln) gelten zwei Übergangsfristen:

1. Alle Leistungserbringer, die am 31.03.2007 als Versorgungsberechtigte zugelassen waren, gelten **bis zum 31.12.2009 auch ohne Vertrag** weiterhin als versorgungsberechtigt. Allerdings erstattet ihnen die Kasse nur den niedrigsten Vertragspreis, der mit anderen Vertragspartnern der Kasse für eine vergleichbare Leistung ausgehandelt wurde bzw. bei Festbetragsregelung die Kosten höchstens bis zur Höhe des Festbetrages (siehe § 33 Abs. 7 SGB V). Das heißt, Sanitätshäuser oder Apotheken, die noch keinen neuen Vertrag mit einer Kasse geschlossen haben, aber am 31.03.2007 versorgungsberechtigt waren, können bis

Ende 2009 weiterhin die Versorgung zulasten der Krankenkasse durchführen, **sofern sie sich den Preisbedingungen und übrigen Vertragskonditionen anschließen.**

Sofern ein Vertrag im Wege der **Ausschreibung** zustande kommt, erhält der Ausschreibungsgewinner ein Exklusivversorgungsrecht, so dass andere Leistungserbringer grundsätzlich – abgesehen von bestimmten Ausnahmen – nicht mehr zum Zuge kommen können.

2. Ab dem 01.01.2010 sind nur noch **Vertragspartner** der Krankenkassen zur Versorgung zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt. Allerdings steht vertragsungebundenen Leistungserbringern grundsätzlich ein Beitrittsrecht zu bestehenden Verhandlungsverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V zu. Vor Vertragsschluss muss die Krankenkasse prüfen, ob die Leistungserbringer auch befähigt sind, die Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität durchzuführen (Eignung). Dies gilt für alle Arten von Verträgen. Nur Leistungserbringer, die diese Eignung erfüllen, können Vertragspartner der Krankenkasse werden. **Bis zum 30.06.2010 gelten insofern alle Leistungserbringer als geeignet, die am 31.03.2007 zur Versorgung berechtigt waren.**

Neue Leistungserbringer, welche am 31.03.2007 (noch) nicht zur Versorgung berechtigt waren, müssen ihre Eignung der Krankenkasse gegenüber im Einzelnen nachweisen.

Darüber hinaus soll zu einem späteren Zeitpunkt ein sogenanntes **Präqualifizierungsverfahren** etabliert werden, in dem Leistungserbringer ihre Eignung nachweisen können. Die in diesem Verfahren ausgestellten Zertifikate sind von allen Krankenkassen anzuerkennen.

Fazit: Falls Ihr bisheriger Leistungserbringer noch keinen Vertrag mit einer Krankenkasse geschlossen hat, könnte er dennoch Ihre Versorgung weiterhin übernehmen, **wenn er die anderen vorgenannten Bedingungen erfüllt.**

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 gegenüber der Durchschnittsmenge erhöhten Bedarf muss allerdings vom Arzt (oder - je nach Kasse - von einem Stomatherapeuten) begründet werden. Eine solche Begründung muss ausführlich und nachvollziehbar sein, das heißt, auf die besondere Situation dieses einen Betroffenen eingehen. Allgemeine Angaben „wegen Stomas“ oder „wegen Hautreizung“ reichen alleine nicht aus!

Wichtig: Ohne medizinische Notwendigkeit muss ein Mehrbedarf vom Versicherten selbst gezahlt werden.

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.

Sollte Ihr Leistungserbringer von sich aus eine Mengenbegrenzung vornehmen (z.B. abweichend von Ihrem bisherigen Bedarf bzw. der ärztlichen Verordnung/dem Rezept), dann sollten Sie bei ihm nachfragen, worauf sich die Begrenzung begründet. Bei bleibenden Unklarheiten oder nicht zufrieden stellender Antwort sollten Sie unbedingt Ihre Krankenkasse zu Rate ziehen.

Die Kassen dürfen ihrem Versicherten die Leistungserbringer vorschreiben.

Die Kassen schließen Verträge zukünftig nur noch mit den Leistungserbringern, welche die Bedingungen, zu denen auch eine Festlegung der Qualität gehört, erfüllen. Das bedeutet aber, dass je nach Krankenkasse jetzt unterschiedliche Leistungserbringer zur Stomaversorgung berechtigt sind. Auch nach dem 1. Januar 2010 können gemäß einer Übergangsregelung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes noch weitere Leistungserbringer unter bestimmten Bedingungen den Verträgen beitreten. Bei all diesen Leistungserbringern muss nur die gesetzliche Zuzahlung (10%, höchstens 10 EUR im Monat für Verbrauchshilfsmittel) gezahlt werden. Bei allen Unklarheiten ist Genaueres mit der Krankenkasse zu klären.

Fragen Sie Ihre Kasse, welche Leistungserbringer berechtigt sind, die Stomaversorgung vorzunehmen. Dann haben Sie die Möglichkeit, aus dieser Liste Ihren Versorger auszuwählen bzw. wissen Sie bei Problemen auch, zu wem Sie eventuell wechseln können. Dabei kann es sich auch um ein entfernter liegendes Unternehmen handeln, das die Stomaprojekte auf dem Postweg zusendet und nur bei Bedarf einen für Ihren Wohnort zuständigen Stomaberater/-therapeuten schickt.

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.

Da die Kassen zum Teil Verträge mit neuen Leistungserbringern geschlossen haben, mit denen noch keine Erfahrung hinsichtlich der Qualität ihrer Versorgungstätigkeit vorliegt, sind die Kassen auch auf die Rückmeldungen ihrer Versicherten angewiesen, ob und wie die „Leistungserbringung“, also die Beschaffung und Abgabe der Hilfsmittel sowie die Beratung funktionieren. Scheuen Sie sich also nicht, Ihre

Kasse über Probleme mit dem Leistungserbringer zu informieren - nur so erfährt sie, ob die Vertragsinhalte eingehalten werden.

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 eine solche Umstellung allerdings begründen.

Sollte allerdings der **Leistungserbringer** bestimmte Produkte ausschließen, fragen Sie nach den Gründen bzw. klären Sie dies mit Ihrer Kasse. Falls sich der Leistungserbringer dauerhaft weigert, ein bestimmtes Produkt ohne Aufzahlung abzugeben, obwohl es in Ihrem Fall zweckmäßig und angemessen ist und keine medizinische Notwendigkeit der Umstellung besteht, haben Sie die Möglichkeit, den Leistungserbringer zu wechseln (siehe dazu auch bei „Pauschalen“). Sprechen Sie einen solchen Wechsel unbedingt mit Ihrer Kasse ab.

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 je nach Kasse zum Teil unterschiedlich sein) verordnen darf. Der Verordnungszeitraum muss aber nicht unbedingt gleichbedeutend mit dem Lieferzeitraum sein. Das heißt, auch wenn der Arzt beispielsweise eine Verordnung über einen Bedarf für drei Monate ausstellt, kann es sein, dass der Leistungserbringer in diesem Zeitraum jeden Monat immer nur den Monatsbedarf anliefert oder liefern darf. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, wie Verordnungs- und Lieferzeitraum im Vertrag geregelt sind (siehe dazu auch den Punkt „Verträge“).

Verträge: 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. Die meisten Probleme, die von einzelnen Stomaträgern der ILCO-Bundesgeschäftsstelle gemeldet wurden, hatten ihre Ursache auch tatsächlich nicht direkt in den Vertragsinhalten. Sie hatten manchmal mit Missverständnissen zu tun, besonders aber mit falschen oder unvollständigen Informationen an die Betroffenen – vor allem von Seiten der Leistungserbringer, aber auch durch Kassen.

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.

Nur wer diese wesentlichen Inhalte der Verträge kennt, kann dem Leistungserbringer aufgeklärt und informiert gegenüberreten und berechnete Forderungen in Bezug auf seine Stomaversorgung durchsetzen! Bestehen Sie gegenüber Ihrer Kasse darauf, die wesentlichen Inhalte zu erfahren – und zwar in schriftlicher Form.

Pauschalen sind nur Durchschnittswerte

Nicht alle, aber viele der von Krankenkassen mit Leistungserbringern geschlossenen Verträge beinhalten Kostenpauschalen für die Versorgung. Diese Pauschalen werden aus den Kosten errechnet, welche ein „Standard“stomaträger im Monat durchschnittlich für seine Versorgung verursachen würde - ausgerechnet anhand von „Durchschnittsmengen“ an Beuteln, Platten usw.

Hier kommt es oft zu Falschinformationen. Die Pauschalen sind nämlich gerade nicht kundenbezogen, also nicht auf den einzelnen Stomaträger berechnet. Das heißt, wenn ein Leistungserbringer sagt „Ich darf für Sie nur ... EURO ausgeben“, ist das falsch. Er soll lediglich im Durchschnitt aller seiner Stomaträgerkunden nicht mehr als diese Pauschale benötigen. So wie es Stomaträger gibt, die berechtigterweise mehr verbrauchen (müssen), gibt es auch Stomaträger, deren Versorgungskosten immer unterhalb dieses Pauschalwertes bleiben. Im Mittel soll dann die Pauschale ausreichen.

Ein Problem ist, dass die Kostenpauschalen je nach Krankenkasse und Bundesland sehr unterschiedlich hoch sind. 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, unbegründet an 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 ausgeglichen werden. Informieren Sie daher unbedingt Ihre Krankenkasse über solche Vorkommnisse. Manchmal hilft auch hier nur ein Wechsel des Leistungserbringers. Außerdem kann mit medizinischer Begründung immer von der Kostenpauschale abgewichen werden. Auch die zuständigen Mitarbeiter in den Krankenkassen wissen, dass es nicht den „Durchschnitts-Stomaträger“ gibt.

Weitere wichtige Hinweise:

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, sondern Mitarbeiter einer Zentrale auf Landes- oder Bundesebene (Hilfsmittelzentrum, Kompetenzzentrum Hilfsmittel

oder ähnlich genannt). 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.
- Bedenken Sie, dass Ihr Arzt auch Ihr Verbündeter ist. Gerade bei Fragen zu Angemessenheit einer bestimmten Versorgung, bei speziellen Problemen oder einem nicht vermeidbaren Mehrverbrauch muss meist Ihr Arzt zusätzlich zu seiner Verordnung (Rezept) eine schlüssige Begründung schreiben. Wenn Sie dem Arzt nie von wiederkehrenden Problemen berichten, er nichts von Ihrem Leben mit dem Stoma weiß, sich nie mit Ihrem Stoma befasst hat – dann wird er kaum eine nachvollziehbare Begründung aufsetzen können.
- Lassen Sie sich deshalb auch nicht den Weg zum Arzt vom Leistungserbringer abnehmen. Auch wenn es einigen Stomaträgern vielleicht verlockend vorkommt, wenn er sich nicht um seine Versorgung und was der Arzt wie verordnet kümmern muss – diese Bequemlichkeit kann zu einem Bumerang werden. Nämlich dann, wenn auf einmal eine andere als die gewohnte Versorgung geliefert wird, was durchaus schon vorgekommen ist. In dieser Situation wissen Sie weder, was der Leistungserbringer mit dem Arzt besprochen hat noch, was der Arzt auf seine Verordnung geschrieben hat. Es ist dann immer aufwändig und mit unnötigen Aufregungen verbunden, nachträglich die Fakten zu ergründen – zumal wenn man verzweifelt ist, weil vielleicht Produkte geliefert wurden, welche nicht sicher haften.
- Bedenken Sie immer, dass Sie weiterhin ein gesetzlich verankertes Recht auf eine individuell angemessene und zweckmäßige Versorgung haben.

Erster Ansprechpartner bei Unklarheiten ist immer die Krankenkasse!

Hilfsmittelrichtlinie neu gefasst

Die Hilfsmittelrichtlinie regelt die Verordnung durch den Arzt. Diese wurde in den letzten Monaten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeitet. Die ILCO hat sich intensiv daran beteiligt. In Zusammenarbeit mit anderen Selbsthilfeverbänden konnten aus Sicht der Patienten einige Verbesserungen erzielt bzw. geplante Verschlechterungen verhindert werden. Die Mitte Oktober beschlossene neue Richtlinie muss erst noch durch das Bundesgesundheitsministerium genehmigt werden (das Ergebnis stand bei Redaktionsschluss noch aus).

Als gesichert kann aber die für Stomaträger wichtige Entscheidung gelten, dass **der Arzt auch weiterhin das Einzelprodukt - bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses - verordnen darf** (und nicht nur die Produktart oder die 7-stellige Positionsnummer). Der Arzt muss bei einer solchen

SOZIALES

Verordnung allerdings **schlüssig begründen**, warum genau dieses Produkt benötigt wird und nicht durch ein anderes Produkt ersetzt werden kann.

Wir hoffen, in der nächsten Ausgabe der ILCO-PRAXIS mehr wichtige Informationen über die neue Richtlinie veröffentlichen zu können.

Auch ILCO informieren oder fragen!

Gerne können Sie sich mit Nöten, Ärger oder bei Unklarheiten immer auch an die Bundesgeschäftsstelle der ILCO wenden. Wir versuchen dann, im Einzelfall Hilfeleistung zu geben. **Bitte informieren Sie uns aber auch grundsätzlich über Ihre positiven und negativen Erfahrungen hinsichtlich der Umsetzung der neuen Regelungen.** Denn nur aus diesen konkreten Erfahrungen kann die ILCO Argumente entwickeln, welche sie für die **Interessenvertretung gegenüber Politik, Kostenträgern (Kassen) und Leistungserbringern** benötigt!