



Hilfsmittelversorgung

Gesetze seit 2007 infolge von Gesundheitsreformen
mit Auswirkungen auf die Stomaversorgung

Ziel der Gesundheitsreform von 2007, die sich etwas sperrig „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (= GKV-WSG) nannte war u.a., den Wettbewerb im Hilfsmittelbereich anzukurbeln – hauptsächlich um den steigenden Ausgaben für Hilfsmittel etwas entgegenzusetzen. Dafür wurden den Krankenkassen erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Durch festgelegte Qualitätsanforderungen soll verhindert werden, dass geringere Erstattungen zu Lasten der Versorgungsqualität gehen. Die Gesetze sind zum Teil nicht einfach verständlich formuliert. Dennoch drucken wir im Folgenden wichtige Passagen ab, weil es sich oft als gut erwiesen hat, wenn man die wesentlichen Bestimmungen auch im Wortlaut vorliegen hat.

Und so lauten die wichtigsten Passagen der Gesetzestexte aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung (jeweils mit unserem Kommentar bzw. Interpretation):

§ 33 SGB V – Hilfsmittel

*(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit ... Hilfsmitteln ... (unverändert). ... Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die **Mehrkosten** und dadurch bedingte höhere **Folgkosten selbst zu tragen**.*

Was dies für die Betroffenen bedeuten kann und wer „das Maß des Notwendigen“ bestimmt, dazu hat der Gesetzgeber keine Regelung getroffen. Auch früher gab es schon Probleme mit einzelnen Krankenkassen, die z.B. grundsätzlich die Notwendigkeit von Hautschutzmitteln angezweifelt haben. Dann musste – evtl. in Zusammenarbeit mit ILCO, Arzt und Leistungserbringer (also Sanitätshaus, Homecare-Unternehmen, Apotheke, umgangssprachlich auch „Händler“ oder „Versorger“) – der Versicherte nachweisen, dass er dieses Hilfsmittel aus medizinischen Gründen sehr wohl benötigt. Sollten solche Probleme zunehmen, muss vielleicht der „Gemeinsame Bundesausschuss“ (G-BA, Näheres siehe unter www.g-ba.de) genauer festlegen, was „das Maß des Notwendigen“ ist.

*(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 dem Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend ... können Versicherte **ausnahmsweise** einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende **Mehrkosten haben sie selbst zu tragen**.*

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

Das bedeutet, dass man die Hilfsmittel bei einem der Leistungserbringer bestellen muss, die Vertragspartner der Krankenkasse sind. Auf Nachfrage bei der Kasse erhalten Versicherte Auskunft über die in Frage kommenden Leistungserbringer (es sollten immer mehrere sein, unter denen gewählt werden kann).

*(8) ... Die **Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln** beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch **höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf**.*

Damit ist klargestellt, dass für den Monatsbedarf aller **zum Verbrauch bestimmten** Hilfsmittel zusammen (zu denen ja Stomaartikel überwiegend gehören) **insgesamt max. 10 Euro Zuzahlung** zu leisten sind! Also auch bei mehreren unterschiedlichen Indikationen (z.B. Colostomie plus Harninkontinenz), für deren Versorgung Hilfsmittel zum Verbrauch benötigt werden, fällt insgesamt nur eine Zuzahlung von höchstens 10 EURO an.

§ 126 SGB V – Versorgung durch Vertragspartner

(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte **nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3** abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine **ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel** erfüllen; die Krankenkassen stellen (dies) sicher. ...

Seit **01.01.2010** dürfen nur noch Leistungserbringer Hilfsmittel abgeben, die einen **Vertrag mit der Krankenkasse** abgeschlossen haben. Mit der Vertragsunterzeichnung weiß jeder Leistungserbringer, auf was er sich „einlässt“, welche Aufgaben er zu welchem Preis zu erfüllen hat und auch, welche Risiken er vielleicht eingeht. Über wichtige Vertragsinhalte muss die Kasse ihre Versicherten allerdings nur dann informieren, wenn diese danach fragen!

☐⇒ **Hinweis:** Machen Sie Gebrauch von Ihrem Recht auf Information – viele Kassen stellen ihre Verträge ins Internet; andernfalls rufen Sie bei der zuständigen Stelle (Hilfsmittelzentrum o.ä.) an oder bitten Sie schriftlich um Auskunft und entsprechende Unterlagen. Nur wer „schwarz auf weiß“ hat, was ihm zusteht, kann dies – gerade im Konfliktfall – auch einfordern!

§ 127 SGB V – 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 Versorgungsgängen 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 **wohntnahe 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 **Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.**

Damit wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, sofern es zweckmäßig erscheint, individuelle Leistungsverträge abzuschließen. Die Qualität der Hilfsmittel und die Sicherstellung der Beratung, der Dienstleistungen und wohnortnaher Versorgung sind dabei zu berücksichtigen. Es bleibt dabei den Krankenkassen überlassen, diese Anforderungen individuell zu organisieren, und es wäre hier auch prinzipiell möglich, die Beratung getrennt von der Produktlieferung anzubieten.

(2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen ... Verträge mit Leistungserbringern ... über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.

Bei Stomaversorgung erfolgen – im Gegensatz zur Inkontinenzversorgung – bisher keine Ausschreibungen, weil der Dienstleistungsanteil hier oft hoch ist (z.B. Beratung zur Produktauswahl, Anleitung im Gebrauch der Produkte, Vorbeugung von Komplikationen). Zumeist werden daher Leistungsverträge nach § 127 Abs. 2 geschlossen.

(3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine **Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer**. ...

(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 Preise **höchstens bis zur Höhe des Festbetrags** vereinbart werden.

(5) Die **Krankenkassen haben ihre Versicherten** über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge **zu informieren**. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.

Damit wird die Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten geregelt: falls Verträge mit Leistungserbringern geschlossen werden, muss die Kasse ihren Versicherten mitteilen, wer die Hilfsmittelversorgung sicherstellt. Über wichtige Bedingungen, unter denen der Leistungserbringer die Versorgung erbringt, müssen die Kassen leider nur dann informieren, wenn die Versicherten gezielt danach fragen.

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“ alleine reichen nicht aus!

Wichtig: Liegt keine medizinische Notwendigkeit dafür vor, muss ein Mehrverbrauch vom Versicherten selbst gezahlt werden (siehe **SGB V § 33 Abs. 1.**)

Sollte Ihr Leistungserbringer ohne Abstimmung mit Ihnen eine Mengengrenzung vornehmen (z.B. abweichend von Ihrem bisherigen Bedarf bzw. der ärztlichen Verordnung/dem Rezept), dann sollten Sie bei ihm nachfragen, wie er diese Begrenzung begründet. Bei bleibenden Unklarheiten, bei nicht zufrieden stellender Antwort oder wenn gesagt wird, die Krankenkasse genehmige die beantragte Menge nicht, sollten Sie unbedingt Ihre Krankenkasse fragen.

◆ Die Kassen dürfen ihrem Versicherten die Leistungserbringer vorschreiben.

Die Kassen schließen Verträge nur noch mit den Leistungserbringern, welche die Bedingungen erfüllen. Dazu gehört auch eine Festlegung der Qualität. Das bedeutet aber, dass je nach Krankenkasse unterschiedliche Leistungserbringer zur Stomaversorgung berechtigt sind oder sein können. Fragen Sie also Ihre Kasse, welche Leistungserbringer berechtigt sind, die Stomaversorgung bei Ihnen 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 ein für Ihren Wohnort zuständiger Stomaberater/-therapeuten persönlich zu Ihnen kommt.

Da Kassen zum Teil Verträge mit Leistungserbringern schließen, 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. Umstellungen auf andere Produkte ohne medizinische oder pflegerische Notwendigkeit (wie z.B. bessere, längere Haftung, bessere Hautverträglichkeit) sind nicht vorgesehen. Falls Leistungserbringer dennoch nicht akzeptable Produktvorgaben machen (manchmal geschieht das aus geschäftlichem Interesse), sollte dies mit der Krankenkasse besprochen werden (dort die im Bereich Hilfsmittel versierten Gesprächspartner suchen! Viele Kassen haben überregionale Zentren für die Hilfsmittelversorgung).

Entscheidet sich der Betroffene allerdings dafür, die Produktwahl trotz medizinischer oder pflegerischer Notwendigkeit nicht zu verändern, und verbraucht er dadurch mehr als den Durchschnittsbedarf, muss er dieses „Mehr“ selbst zahlen. Beispiel: wer regelmäßig breiigen oder flüssigen Stuhlgang hat und häufige Stuhlentleerungen, benötigt – von seltenen Ausnahmen abgesehen – normalerweise Ausstreifbeutel als zweckmäßige Ver-

sorgung. Möchte der Betroffene aber keine Ausstreifbeutel, sondern geschlossene Beutel verwenden, wird er meist wesentlich mehr Material verbrauchen als durchschnittlich vorgesehen. Diese Mehrkosten trägt die Kasse in der Regel nicht.

Sollte allerdings der **Leistungserbringer** bestimmte Produkte generell 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 vorher mit Ihrer Kasse ab.

♦ **Verordnungszeitraum**

Dieser ist – je nach Kasse – unterschiedlich geregelt. Manches spricht dafür, dass der Arzt auch in Zukunft den Bedarf an Stomaartikeln für mehrere Monate verordnen darf (für wie viele, ist je nach Kasse unterschiedlich, das können auch Verordnungen für ein ganzes Jahr sein). Der Verordnungszeitraum muss aber nicht unbedingt mit dem Lieferzeitraum (manchmal auch als Versorgungszeitraum bezeichnet) übereinstimmen. 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 liefert oder liefern darf. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, wie Verordnungs- und Lieferzeitraum im Vertrag geregelt sind (siehe dazu auch den Punkt „Verträge“). Für Stomaträger wichtig ist, dass der Arzt auch das genaue Einzelprodukt – bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses – verordnen darf und nicht nur die Produktart (z.B. geschlossene Beutel) oder die 7-stellige Positionsnummer. Der Arzt muss bei einer solchen Verordnung allerdings schlüssig begründen, warum genau dieses Produkt benötigt wird und nicht durch ein anderes ersetzt werden kann. In der Regel kann man aber beim Leistungserbringer das gewünschte Produkt bekommen, selbst wenn der Arzt dies auf dem Rezept nicht ausdrücklich benannt hat.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch zu wissen, dass der „Verordnungszeitraum“ entscheidend ist für die Leistung der gesetzlichen Zuzahlung – und nicht der Lieferzeitraum! Daher kommt es z.B. vor, dass der Leistungserbringer die Zuzahlung auch für einen Monat in Rechnung stellt, in dem keine Lieferung erfolgt ist, weil noch Produkte vorrätig sind. Entscheidend ist: Für jeden Monat, in dem man die Hilfsmittel zur Verfügung hat, muss die gesetzliche Zuzahlung geleistet werden. Das heißt, dass man übers gesamte Jahr gesehen max. 120 Euro für Hilfsmittel zum Verbrauch (s. Kasten S. 5) zahlt.

♦ **Verträge sollen eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen!**

Die Kassen haben der ILCO in vielen Gesprächen im Vorfeld der Vertragsentwicklung versichert, dass sie eine optimale Versorgung der Stomaträger 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 unvollständigen, schwer verständlichen oder auch falschen Informationen an die Betroffenen – sowohl von Seiten der Leistungserbringer als auch der Kassen.

TIPP: Jeder Versicherte hat das gesetzlich festgeschriebene Recht, die wesentlichen Inhalte der Verträge, die seine Kasse mit Leistungserbringern geschlossen hat, zu erfahren (siehe **SGB V § 127, Abs. 5.**). Nur wer diese wesentlichen Inhalte der Verträge kennt, weiß, auf was er einen Anspruch hat. So kann er dem Leistungserbringer aufgeklärt und informiert gegenüberreten und berechnete Forderungen in Bezug auf seine Stomaversorgung durchsetzen! Bestehen Sie darauf, die wesentlichen Inhalte in schriftlicher Form zu erhalten.

♦ **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 die Versorgung des jeweiligen Stomaträgers 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 nicht zu bewerten. Es gibt aber Rückmeldungen von Problemen, weil einzelne Leistungserbringer versuchen, unbegründet an Verbrauchsmenge einzusparen oder ohne medizinisch-pflegerische Begründung auf Produkte anderer Herstellern umzustellen (möglicherweise weil sie 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. Manchmal hilft leider auch hier nur ein Wechsel des Leistungserbringers. Außerdem ist es in besonderen Einzelfällen manchmal möglich, dass mit nachvollziehbarer medizinischer Begründung des Arztes von der Kostenpauschale abgewichen werden kann (wird von Kasse zu Kasse unterschiedlich gehandhabt). Auch die für Hilfsmittelversorgung 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 – wenden Sie sich an diesen, denn Sachbearbeiter vor Ort kennen sich nicht unbedingt mit der Stomaversorgung aus!.

Erster Ansprechpartner bei Unklarheiten ist immer die Krankenkasse!

- 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 schreiben können.
- Lassen Sie sich deshalb auch nicht den Weg zum Arzt vom Leistungserbringer abnehmen. Auch wenn es einigen Stomaträgern vielleicht verlockend vorkommt, wenn sie sich nicht um ihre Versorgung und was der Arzt wie verordnet kümmern müssen – 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 immer aufwändig und mit unnötigen Aufregungen verbunden, nachträglich herauszufinden, wer was gesagt oder getan hat – 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 (§ 33 SGB V Hilfsmittel – s.o.). An diesem Recht wurde nichts geändert!

Was die **Abmachungen zwischen Kasse und Leistungserbringer über die Preise** anbelangt, kommen zwei verschiedene Vergütungsformen zu Anwendung: Mit einer monatlichen Durchschnittskostenpauschale pro Versichertem oder mit Preisabsprachen über die einzelnen Hilfsmittel.

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 of-	Wichtig: Nicht jede beliebige Verbrauchsmenge muss akzeptiert werden,

<p>fen, 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 und verpflichtet, Nachfragen zu dem „Warum“ zu stellen.</p>	<p>sie muss immer medizinisch-pflegerisch begründbar sein. Der verordnende Arzt sollte als Unterstützer gerechtfertigter Wünsche einbezogen werden.</p>
Leistungsvertrag mit Pauschale	
<p>Die Krankenkasse handelt mit dem Leistungserbringer eine Kostenpauschale aus, mit der dieser durchschnittlich pro Monat seine Stomakunden entsprechend der vertraglich bestimmten Qualitätsanforderungen 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 benötigen, 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 so 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 sogar versuchen, dem Kunden für angeblich über der Pauschale liegende Kosten Aufschläge zu berechnen. Dies ist jedoch nicht im Sinne des Leistungsvertrages.</p>	<p>Wichtig: Mit der Pauschale muss der Leistungserbringer seine Stomakunden gut mit allem Notwendigen versorgen. Wenn er eine „wirtschaftliche Aufzahlung“ verlangt: Hinterfragen und die Krankenkasse informieren, nicht einfach bezahlen! Die wirtschaftliche Aufzahlung ist etwas anderes als die gesetzliche Zuzahlung, sie ist rein geschäftlich begründet.</p>

Mit der monatlichen Pauschalvergütung der Kasse an den Leistungserbringer sind alle notwendigen, medizinisch erforderlichen Verbrauchshilfsmittel abgedeckt – z.B. auch Schutzcreme, Hautschutzpasten oder Hautschutzfilme – inklusive Belieferung, Anleitung im Gebrauch der Artikel, Dokumentation etc. Die gesetzliche Zuzahlung für diese Verbrauchshilfsmittel beträgt höchstens 10 Euro pro Monat – also kommen auf einen Stomaträger dafür max. 120 Euro im Jahr zu. Evtl. wird für das eine oder andere Produkt eine Begründung auf der ärztlichen Verordnung gefordert, die dessen medizinische Notwendigkeit unterstreicht (geschieht z.B. häufiger bei Kompressen). Die Höhe der monatlichen Zuzahlungen gilt auch dann, wenn vom Arzt ein „Jahresrezept“ ausgestellt wurde. Manche Kassen sind aber auch wieder von dieser „Pauschalvergütung“ abgekomen, oder sie haben ohnehin entsprechend der Festbeträge bzw. auf Grundlage der verhandelten Preise erstattet. Für andere Hilfsmittel als Verbrauchshilfsmittel gelten die üblichen Zuzahlungsregelungen (10% des Preises, mindestens 5 Euro bis maximal 10 Euro – jedoch nicht mehr als das Produkt kostet).

Hilfsmittel zum Verbrauch:

Fast alle der im Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenkassen enthaltenen Stomaartikel (Produktgruppe 29) und einige ableitende Inkontinenzartikel (Produktgruppe 15), die im Zusammenhang mit Stomaversorgung benötigt werden, sind „Hilfsmittel zum Verbrauch“. Ausnahmen sind Irrigatoren, Gürtel und Stoffüberzüge, also Artikel, die man länger benutzt.

Die Höhe der Pauschale soll so bemessen sein, dass die Kosten von Stomaträgern, die mehr verbrauchen müssen, durch die eingesparten Kosten derer, die weniger verbrauchen müssen, ausgeglichen werden können. Diese Rechnung geht für Leistungserbringer (LE), die viele Stomaträger als Kunden haben, oder viele Produkte eines oder mehrerer Hersteller günstig einkaufen können, leichter auf. Auf jeden Fall ist der LE verpflichtet, den Stomaträger **gut, d.h. zweckmäßig und ausreichend und wirtschaftlich** zu versorgen. Dabei darf er nicht – etwa aus eigenem finanziellen Interesse – an **notwendigen** Versorgungsartikeln sparen.

⇒ *Hinweis: Bitten Sie Ihre Kasse um eine Liste aller Vertragspartner „Stoma“; so können Sie bei Unzufriedenheit mit einem LE leichter zu einem anderen wechseln. Ein Wechsel ist ab dem Zeitraum/Monat möglich, der nicht schon durch Lieferungen des bisherigen LE abgedeckt ist!*

Was genau ist das Hilfsmittelverzeichnis?

Das Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) enthält verordnungsfähige Hilfsmittel, gegliedert nach Produktgruppen. Dieses Verzeichnis wird vom GKV-Spitzenverband erstellt und fortlaufend aktualisiert. Die am Markt erhältlichen Produkte werden entsprechend ihrer Einsatzgebiete verschiedenen Produktgruppen zugeordnet (z.B. Produktgruppe 05 = Bandagen, 15 = Inkontinenzhilfen, 25 = Sehhilfen, 29 = Stomaartikel). Produkte werden

nur auf Antrag der jeweiligen Hersteller in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen und müssen bestimmte Eigenschaften und Qualitätsmerkmale erfüllen.

Das Ganze kann man sich detailliert im Internet unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action> ansehen, wo immer die aktuellste Fassung veröffentlicht ist.

Hilfsmittel-Positionsnummer

Mit der Hilfsmittel-Positionsnummer wird – je nach Anzahl der Ziffern – die Produktgruppe (2 Stellen) bis hin zum Einzelprodukt (10 Stellen) beschrieben. Die **10-stellige Positionsnummer XX.XX.XX.X.XXX** setzt sich wie in folgendem Beispiel zusammen: 29. = Produktgruppe (Stomaartikel), 29.26. = Anwendungsort (künstliche Körperöffnungen = Stoma), 29.26.01. = Untergruppe (Geschlossene Beutel), 29.26.01.0. = Anwendungsart (Beutel für Basisplatte), 29.26.01.0001 = Produkt (Kolostomiebeutel, Art.-Nrn. 964642 – 964647).

Häufige und weniger häufige Fragen

Welche Stomaartikel erhalte ich weiterhin auf ärztliche Verordnung – und welche nicht?

Grundsätzlich sind alle im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Stomaartikel verordnungs- und erstattungsfähig – ohne dass ein genereller Anspruch auf genau diese Produkte besteht! Dass Beutel und Platten benötigt werden, evtl. auch nur Stomakappen nach der Irrigation, ist selbstverständlich und wird – außer bei zu hohem Verbrauch – nicht hinterfragt. Bei vielen anderen Stomaartikeln (Hautschutzmaterialien, Pflegemittel oder Pflasterentferner) muss evtl. eine medizinische Begründung vorgelegt werden, warum diese Mittel benötigt werden. So kann z.B. die Anwendung der Hautschutzpaste beim Colostoma hinterfragt werden.

Das Hilfsmittelverzeichnis ist **keine „Positivliste“** – d.h. auch Hilfsmittel, die nicht darin aufgeführt sind, können Kas-senleistung sein!

Die Notwendigkeit von Pflegemitteln wie Hautschutzlotion oder -creme – selbst für diejenigen mit Hilfsmittelnummer – muss begründet werden und könnte mit der Unverträglichkeit von Haftmaterialien erklärt werden (*siehe extra Infoblatt, kann angefordert werden*). Hinsichtlich Kompressen gilt unverändert die bisherige Regelung (*auch hierzu Infoblatt erhältlich*), dass in begründeten Ausnahmefällen eine Verordnung im Rahmen der Stomaversorgung möglich ist. Von manchen LE werden Entsorgungsbeutel der Lieferung als „Dreingabe“ beigelegt – diese sind aber weder ein Hilfsmittel noch verordnungs- und

erstattungsfähig.

Gibt es eine Mengenbegrenzung für Stomaartikel?

Nein, es gibt nach wie vor keine Höchstmenge, die ein Stomaträger verbrauchen darf. Für gut zu versorgende Stomata wurden „Richtgrößen“ ermittelt, an denen sich die LE orientieren – diese gelten aber nur für ein optimal angelegtes und gut zu versorgendes Stoma! Dennoch darf keine beliebige Menge an Versorgungsartikeln verbraucht werden. Die Richtgrößen dienen auch als Orientierungshilfe, um einen zu hohen Bedarf zu hinterfragen (schließlich könnte auch ein Anwendungsfehler oder eine zu behebbende Stomakomplikation dahinter stecken). Alle Beteiligten – Kassen, Leistungserbringer und Betroffene sind gesetzlich verpflichtet, eine wirtschaftliche Versorgung einzuhalten.

Mein Händler sagt, ich würde die „Monatspauschale“ überschreiten und müsste einzelne Artikel selbst bezahlen – ist das korrekt?

Der LE darf nicht mit der „Monatspauschale“ argumentieren, denn diese ist keine auf den einzelnen Kunden zugeschnittene Preisvereinbarung oder Obergrenze, sondern ein Durchschnittsbetrag, den die Krankenkasse für jeden versicherten Stomaträger an den LE zahlt. Alle medizinisch notwendigen Stomahilfsmittel müssen ohne Aufpreis geliefert werden – auch wenn deren Kosten sich im Laufe eines Monats summieren und über der Pauschale liegen!

Und wann muss ein wirtschaftlicher Aufpreis bezahlt werden?

Dieser darf nur dann vom LE verlangt werden, wenn die Stomaversorgung über das notwendige Maß hinaus geht. Das kann z.B. sein, wenn geschlossene Beutel beim Ileostoma verwendet werden und dadurch ein Mehrverbrauch entsteht, oder wenn ein Hautschutzmaterial ohne medizinische Notwendigkeit als zusätzlicher „Kleber“ angewandt wird.

Kann ich verlangen, dass ich meine gewohnte Stomaversorgung (eines bestimmten Herstellers) erhalte?

Laut Hilfsmittel-Richtlinien muss der Arzt die Einzelverordnung eines bestimmten Produktes extra begründen.

Vom Gesetz her ist vorgesehen, dass der Arzt nur die Produktgruppe in der Verordnung angibt (z.B. „Geschlossene Beutel mit Haftfläche“), in der Ihr gewünschtes Produkt enthalten ist. In der Praxis werden aber auch ganz bestimmte Produkte eines oder mehrerer Hersteller verordnet bzw. beim LE bestellt. Uns sind diesbezüglich nur selten Probleme gemeldet worden. Übrigens muss laut Hilfsmittel-Richtlinien der Arzt die Einzelverordnung eines bestimmten Produktes extra begründen.

Meist bietet das erprobte und bewährte Produkt eines bestimmten Herstellers die größte Sicherheit; ein Wechsel auf einen anderen Hersteller könnte bei unsicherer Haftung mit Mehrverbrauch, Komplikationen, Verlust an Lebensqualität sowie den entsprechenden Folgekosten einhergehen! Dennoch kann es durchaus sein, dass ein anderes Produkt eine Verbesserung darstellt – deshalb kann Ausprobieren auch mal sinnvoll sein.

Wie muss die Verordnung durch den Arzt aussehen?

Je nach Vertragsgestaltung der unterschiedlichen Kassen kann das verschieden sein. Das Hilfsmittelrezept für eine „Pauschalverordnung“ muss die Stomaart, den Versorgungszeitraum sowie den Verordnungsgrund (wenn zusätzlich gegeben) enthalten. Die Angaben der konkreten Artikel und der Menge müssen häufig nicht enthalten sein. Den möglichen maximalen Versorgungszeitraum kann Ihnen Ihre Kasse oder der LE mitteilen.

Da nicht alle Kassen Verträge mit Monatspauschalen geschlossen haben, sollten in solchen Fällen neben Art und Menge der Stomaartikel auch Stomaart und Versorgungszeitraum angegeben sein.

Warum fordert mein LE ein Rezept, auch wenn ich nicht jeden Monat etwas benötige?

Nur wenn eine lückenlose Verordnung für einen Versorgungszeitraum vorliegt, bekommt auch der LE für jeden dieser Monate seine Pauschalvergütung. Das „Horten“ von Stomamaterial spart also weder die monatliche Zuzahlung für den Versicherten noch die Vergütung des LE durch die Kasse. Manche LE lassen sich schriftlich vom Versicherten bestätigen, dass er/sie für einen bestimmten Zeitraum ausreichend versorgt war – denn nicht immer benötigt man eine exakt gleiche Zahl an Stomaartikeln.

⇒ *Hinweis: Manche Kassen haben Verträge mit LE geschlossen, nach denen der Arzt dem Stomaträger nur eine Verordnung für das ganze Jahr ausstellen muss. Der Stomaträger ruft seine Hilfsmittel dann nach Bedarf beim LE ab.*

Wer durch eine andere Stelle (Klinik- oder Reha-Aufenthalt) Versorgungsmaterialien erhielt, sollte dies Kasse und LE melden, damit korrekt abgerechnet werden kann!

Welche Informationen kann ich von meiner Kasse bekommen und welche Informationen sollte ich ihr – z.B. über meinen LE – melden?

Die Krankenkasse muss Sie über wichtige Vertragsinhalte informieren: wissen sollten Sie, welche Leistungserbringer (Händler) für Sie in Frage kommen, ob eine Stomatherapeutin bei Problemen ohne weitere Aufzahlung zu Ihnen nach Hause kommt, ob die Produkte per Post oder persönlich geliefert werden bzw. von Ihnen abzuholen sind, für welchen Zeitraum eine Lieferung möglich ist (manche begrenzen auf einen bestimmten Zeitraum), welche Hilfsmittel der Vertrag abdeckt und für welchen Zeitraum Sie an einen LE gebunden sind. Außerdem ist gut zu wissen, wer in der Kasse Ansprechpartner bei Problemen im Bereich Stomahilfsmittel ist.

An Ihre Kasse melden sollten Sie, wenn Sie den Verdacht haben, dass Vertragsinhalte vom LE nicht eingehalten werden: wenn Sie bestimmte Produkte nicht bekommen; wenn versucht wird, Sie ohne medizinischen Grund auf ein anderes Produkt umzustellen; wenn Sie als „Stomaneuling“ nicht angeleitet werden, wie die Versorgung anzuwenden ist und was bei der Stomapflege zu beachten ist; wenn argumentiert wird, Sie hätten die „Monatspauschale“ überschritten; wenn ein Aufpreis verlangt wird oder Sie bestimmte Produkte selbst bezahlen sollen.

Die „Stomaberaterin“ bringt mir meine Versorgung – ist sie der Vertragspartner der Kasse?

Die Stomaberaterin kann einem Homecare-Unternehmen oder Sanitätshaus angehören (dann ist dieses Vertragspartner) oder sie betreibt ein eigenes Homecare-Unternehmen. Im Zweifelsfall fragen Sie bitte Ihre Kasse!

Was soll ich unternehmen, wenn ich unzufrieden bin mit meinem LE?

1. Probleme mit LE besprechen und nach Lösungen suchen;
2. Kasse davon unterrichten und um Hilfe bitten oder nach anderen LE fragen;
3. evtl. LE wechseln – wenn kein Beratungsbedarf besteht, ist auch „Versand“ der Artikel nach Hause unkritisch.

Hersteller melden nicht alle Stomaproducte als Hilfsmittel an

Gerade im „Pflegebereich“ der Stomahilfsmittel (Lotionen, Filmtücher, Sprays etc.) gibt es mittlerweile (neue) Produkte, die keine Hilfsmittelnummer haben. Hersteller vermeiden auf diese Weise die Prozedur zur Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis und das Produkt kann außerhalb der Pauschale (meist kostenpflichtig) abgegeben werden. Die Preisgestaltung kann dann unabhängig von Kassenregelungen erfolgen. Eine Verordnung und Erstattung im Rahmen der Stomaversorgung sind zwar nicht ausgeschlossen, aber deutlich erschwert. So müssen Stomaträger, die mit diesen Hilfsmitteln gut zurechtkommen, sie aber nicht „auf Rezept“ erhalten, diese selbst bezahlen. Zwar besteht auch auf die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte **kein genereller Anspruch**, vielmehr muss immer die **medizinische Notwendigkeit** des Bedarfs nachgewiesen bzw. begründet werden. Aber hier ist die Wahrscheinlichkeit größer sie aufzahlungsfrei zu erhalten, und der Weg dahin ist für Betroffene in der Regel einfacher.

⇒ *Hinweis: Aber auch bei Stomaproducten mit Hilfsmittelnummer (z.B. Hautschutzpasten, Pflasterentferner, Schutzcremes) erleben es Betroffene, dass entweder der Leistungserbringer („Händler“) die Artikel nicht im erforderlichen Umfang abgibt oder für diese eine Aufzahlung verlangt. Gegen dieses Vorgehen können Sie sich*

nur wehren, wenn Sie Ihre Rechte kennen und einfordern! Dabei helfen Ihnen die ILCO-Informationen aus unserer Zeitschrift ILCO-PRAXIS, aus den Gruppen oder unseren Info-Blättern wie diesem!

Kann die Beschäftigung von Stomatherapeuten Vertragsinhalt sein?

Auswirkungen eines Urteils des Bundessozialgerichtes von 2011 zu den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen

Etliche Krankenkassen hatten in den Verträgen mit Leistungserbringern mit Kostenpauschalen nach § 127 Abs. 2 SGB V festgelegt, dass Unternehmen, welche Hilfsmittel zur Stomaversorgung abgeben, Stomatherapeuten mit einer bestimmten Qualifikation (Fachschwester/-pfleger mit Weiterbildung Stoma, Kontinenz + Wunde nach FgSKW* - Kriterien) beschäftigen müssen. Diese Festlegung der beruflichen Qualifikation entsprach einer Forderung, die auch die Deutsche ILCO in ihren Stellungnahmen immer erhoben hat, um eine vergleichbare Grundlage in Sachen Stomaversorgung zu sichern, egal um welchen Leistungserbringer es sich handelt.

***FgSKW = Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde
Berufsverband der Stomatherapeuten**

Ein Leistungserbringer hatte sich allerdings mit einer Klage gegen die AOK Bayern und deren vertragliche Qualitätsanforderung an Stomatherapeuten gewehrt. Am 21. Juli 2011 wurde dem Leistungserbringer vom Bundessozialgericht Recht gegeben und entschieden, dass die vertraglichen Anforderungen der Kasse an die Qualität der Mitarbeiter in der Versorgung von Stomatragern die Bestimmungen im Sozialgesetzbuch übersteigen und damit nicht rechtmäßig seien. Mittlerweile gibt es diesbezüglich **zwei Vorgehensweisen** bei den gesetzlichen Krankenkassen:

1. Manche Kassen schließen Verträge über Kostenpauschalen mit Leistungserbringern, in welchen die oben genannte berufliche Qualifikation für Mitarbeiter in der Stomaversorgung nicht mehr zwingend vorgeschrieben ist.
2. Andere Kassen bieten den Leistungserbringern unterschiedliche Verträge an (mit unterschiedlichen Pauschalen) – je nachdem, ob sie entsprechend qualifizierte Stomatherapeuten beschäftigen oder nicht.

Das heißt, es gibt Leistungserbringer, welche z.B. einen Vertrag mit niedrigerer Kostenpauschale abschließen und eine Problembearbeitung und -versorgung durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter nicht vertraglich zusichern. Bei einem solchen Leistungserbringer käme eventuell neben der gesetzlichen Zuzahlung von höchstens 10 EUR pro Monat (für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel) noch eine zusätzliche wirtschaftliche Aufzahlung auf Sie zu, wenn Sie bei Schwierigkeiten mit Ihrer Stomaversorgung eine entsprechend qualifizierte Hilfe benötigen.

Um zu wissen, welche Art Vertrag die eigene Krankenkasse mit dem eigenen Leistungserbringer geschlossen hat (oder auch mit anderen), sollte ein Stomaträger sowohl seine Krankenkasse fragen als auch den Leistungserbringer.

? Fragen an die Krankenkasse könnten sein:

- Welche Vertragspartner der Kasse (= Leistungserbringer) bieten weiterhin die qualifizierte Beratung und Problemversorgung durch Stomatherapeuten mit entsprechender Weiterbildung an?
- Sofern die Verordnung des Arztes einen Versorgungszeitraum von einem Jahr umfasst: Ist der Wechsel des Leistungserbringers innerhalb des Jahres möglich und was muss dabei beachtet werden?

? Fragen an den Leistungserbringer könnten sein:

- Wird ein Stomatherapeut mit der „großen“ Weiterbildung Stoma, Kontinenz und Wunde beschäftigt? Ist eine spezielle Beratung und Versorgung durch diese Fachkraft bei Problemen aufzahlungsfrei (also in der Pauschale enthalten)?
- Ist das bisherige Produkt aufzahlungsfrei erhältlich?



Lassen Sie sich also nicht verunsichern – holen Sie die für Sie wichtigen Informationen bei Ihrer Kasse und Ihrem Leistungserbringer ein. Scheuen Sie sich nicht, die Leistungen verschiedener Leistungserbringer, mit denen Ihre Kasse einen Vertrag hat, zu vergleichen. Wählen Sie den Leistungserbringer aus, der das anbietet, was Sie benötigen, um wirklich ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich versorgt zu sein.

Bitte informieren Sie die ILCO, wenn Ihnen Änderungen in der Beratungs- und Versorgungsqualität auffallen. Wir werden alle Möglichkeiten prüfen und nutzen, damit die in unseren Stellungnahmen beschriebenen „Grundsätzlichen Anforderungen der Deutschen ILCO an die Versorgung mit Stomaartikeln“ auch wirksam werden können.

Das BSG-Urteil (inkl. Entscheidungsgründe) ist im Internet abrufbar unter <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&Datum=2011&nr=12228&linked=urt> oder kann bei der ILCO-Bundesgeschäftsstelle als Ausdruck bzw. als E-Mail-Anhang angefordert werden.

Quellen: verschiedene Artikel aus unserer Verbandszeitschrift ILCO-PRAXIS seit 2007, gekürzt und aktualisiert
© Deutsche ILCO e.V.

Stand 01/2016



... eine aktive Gemeinschaft - auch für Sie!

Wir sind da für Stomaträger (Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung)
und Menschen mit Darmkrebs.