



Vertragslandschaft im Hilfsmittelbereich

Das BAS hat ein wachsames Auge

Die Atmosphäre in Sachen Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringerseite im Hilfsmittelbereich war schon besser. Zu spüren bekommt das auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Einige Krankenkassen sind in puncto Auslegung gesetzlicher Bestimmungen erfinderisch, die im § 127 SGB V aktuell festgeschriebenen Vertragsoptionen passen dem einen oder anderen auf Leistungserbringerseite nicht. Mit Antje Domscheit, Referatsleiterin Grundsatzfragen der Krankenversicherung, Wettbewerb und sonstige Verträge beim BAS, unterhielt sich die MTD-Redaktion über die aktuelle Situation.

Frau Domscheit, das BAS ist als Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbaren Kassen zuständig. Wie viele Kassen fallen in den Bereich des BAS? Wie stark sind die personellen Kapazitäten für den Hilfsmittelbereich?

Aktuell unterstehen 65 bundesunmittelbare Krankenkassen der Aufsicht des BAS. Für den Bereich der Prüfung des Verwaltungshandelns der Krankenkassen im Hilfsmittelbereich ist eine Stelle vorhanden.

Sie haben bereits des Öfteren beklagt, dass trotz HHVG, TSVG und Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz im Hilfsmittelbereich das eine oder andere noch nicht im Sinne der Ge-

setze läuft. Wo liegen die Probleme bzw. Defizite?

Eines der größten Probleme sind die fehlenden bzw. ungenügenden Vertragsverhandlungen der Krankenkassen. Wir stellen immer wieder fest, dass eine Vielzahl von Einzelvereinbarungen geschlossen werden, obwohl vorrangig ein Vertragsschluss nach § 127 Abs. 1 SGB V zu erfolgen hat.

Auch die fehlende Transparenz über Vertragspartner und Vertragsinhalte wird häufig beanstandet. Ebenso können wir feststellen, dass Krankenkassen Vertragsbeiträge verhindern, indem sie Verträge zu konkreten Hilfsmitteln, sogenannte 10-Steller, abschließen.

Gehen wir ins Detail. Ein zentraler Knackpunkt, das zeigen auch die Aufregungen im Markt, ist nach wie vor der Vertragsbereich. Vor allem die Leistungserbringer beklagen das. Wo liegen die aktuellen Defizite auf Kassenseite, was Vertragsverhandlungen und -abschlüsse im Sinne der genannten Gesetze angeht?

Es fehlen leider noch zu vielen Produktarten Verträge. In Teilen sind gar keine Verträge vorhanden oder aber es liegen nur einzelne Verträge vor, sodass eine bundesweite Abdeckung nicht gegeben ist. Eine genaue Aussage dazu können wir aber erst nach Abschluss der Auswertung zu unserer im letzten Jahr er-

folgten Abfrage bei den Krankenkassen treffen.

Nicht vergessen werden sollte dabei die Möglichkeit der Leistungserbringer, ein Schiedsverfahren nach § 127 Abs. 1a SGB V anzustrengen, wenn es nicht zu einer Einigung mit der Krankenkasse kommt oder aber die Krankenkasse nicht auf Vertragsangebote reagiert. Natürlich kann gleichermaßen auch die Krankenkasse einen entsprechenden Antrag stellen.

Wie und wo müssen die Kassen hier aus Sicht des BAS nachbessern?

Ziel der Krankenkassen muss sein, für eine flächendeckende Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln die vertraglichen Grundlagen unter Beachtung der Vorgaben des SGB V zu schaffen.

Ein heißes Thema stellt aktuell der Bereich Einzelverträge dar. Es gibt Stimmen, die hier eine Einschränkung der Vertragsgestaltung auf Verbände und bundesweite Zusammenschlüsse fordern. Wie stellt sich das BAS zu dieser Frage?

Das BAS ist in diesem Punkt gegenwärtiger Ansicht. Gerade auch kleinere Leistungserbringer müssen die Möglichkeit erhalten, Verträge mit Krankenkassen zu schließen, um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten. Für die Versicherten, die immer im Vordergrund des Versorgungsgeschehens stehen sollten, sehen wir keine Schlechterstellung, wenn eine Krankenkasse mit einem nur regional tätigen Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag abschließt.

Auch mit Blick auf die nötige Transparenz gegenüber den eigenen Versicherten, was Vertragsinhalte und Vertragspartner angeht, äußert sich das BAS mit Blick auf die Kassen immer wieder kritisch. Wo liegen auf Kassenseite hier aktuell die größten Versäumnisse?

Krankenkassen haben ihre Versicherten nach § 127 Abs. 6 Satz 1 SGB V über die wesentlichen Inhalte der geschlossenen Verträge zu informieren. Nach § 127 Abs. 6 Satz 4 SGB V besteht sogar die Pflicht, die wesentlichen Inhalte der Verträge für die Versicherten aller Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen. Die Auswertung der Antworten der Krankenkassen auf unser Rundschreiben vom 17. Juni 2020 macht jedoch deutlich, dass die Krankenkassen ihren Informations-



JOBST®

Kompression mit
starkem Halt
und höchstem
Komfort



JOBST® SoftFit

Der innovative und einzigartig
haftende Bund
für spürbar mehr Komfort.

Hoher Komfort ist die beste Motivation, Kompressionsstrümpfe kontinuierlich zu tragen - und somit der entscheidende Faktor für den Erfolg einer Kompressionstherapie.

Das Geheimnis ist ein feines in den Bund des Kniestrumpfs eingestricktes Silikongarn. Es sorgt dafür, dass der Kompressionsstrumpf in Position bleibt, ohne einzuengen.

Erfahren Sie mehr unter www.jobst.de





Antje Domscheits klare Antwort: Auch kleinere Leistungserbringer müssen die Möglichkeit haben, Verträge mit Krankenkassen zu schließen. Foto: BAS

pflichten nach § 127 Abs. 6 SGB V aktuell noch nicht ausreichend nachkommen.

Auch hier die Frage: Wo muss nachgebessert werden?

Es sollte das Ziel sein, dass jeder Versicherte die Möglichkeit hat, bei seiner eigenen Krankenkasse oder auch bei anderen Krankenkassen zu recherchieren, welche Verträge für ein bestimmtes Hilfsmittel, wir reden hier natürlich von der Produktart, von der Krankenkasse abgeschlossen wurde und zu welchen Bedingungen. Nur dann wird der Versicherte in die Lage versetzt, zu vergleichen, welcher Leistungserbringer für ihn persönlich der beste ist.

Welche aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten hat das BAS, um seine Forderungen bzw. Beanstandungen gegenüber den bundesunmittelbaren Krankenkassen durchzusetzen?

Das BAS ist sehr daran interessiert, Rechtsverletzungen bereits im aufsichtsrechtlichen Dialog mit den Krankenkassen abzustellen. Gelingt dies nicht, kann das BAS – nach einer erfolglosen förmlichen Beratung der Krankenkasse – einen Verpflichtungsbescheid nach § 89 SGB IV erlassen.

Zudem kann das BAS auch nach § 71 Abs. 6 SGB V alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der

Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind, wenn es sich um eine erhebliche Rechtsverletzung handelt.

Und was kann das BAS tun, wenn sich eine Kasse konsequent querstellt?

Wie schon zur vorherigen Frage ausgeführt, kann das BAS bei Vorliegen eines rechtswidrigen Vertrages nach § 127 SGB V der Krankenkasse gegenüber nach § 71 Abs. 6 SGB V anordnen, den Vertrag – ggf. auch außerordentlich – zu kündigen. Ebenso ist auch die Festsetzung eines Zwangsgeldes möglich.

Im Rahmen des Homecare-Kongresses des BVMed im Herbst 2020 beklagten Sie u. a., dass sich beide Seiten, Kassen und Leistungserbringer, beim Thema „Vertragspreise“ nicht gerade mit Ruhm bekleckern würden. Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?

Durch den Wegfall der Möglichkeit, Verträge nach § 127 SGB V im Wege der Ausschreibung zu schließen, gab es bei einigen Leistungserbringern zunächst das Bestreben, im Rahmen der Vertragsverhandlungen Vertragspreise zu vereinbaren, die weit über den bisherigen Vertragspreisen lagen.

Auf der anderen Seite haben manche Krankenkassen auf Zeit gespielt und nur zögerlich Vertragsverhandlungen mit dem Ziel geführt, zeitnah flächendeckende Anschlussverträge zur Ablösung der Ausschreibungsverträge zu schließen. Dass dies nicht reibungslos funktioniert, war wegen der sehr knapp gesetzten Frist im Gesetz zu erwarten.

Als große Errungenschaft gilt manchen die Einführung eines Schiedsverfahrens gem. § 127 Abs. 1a SGB V. Wie sieht die Praxis aus?

Die Möglichkeit, bei Nichteinigung ein Schiedsverfahren nach § 127 Abs. 1a SGB V anzustrengen, wird im Moment noch zögerlich angenommen. Uns liegen aktuell lediglich vier Anträge vor.

Wir sehen dabei jedoch auch nur die Verfahren, in denen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson einigen konnten. Es ist daher gut mög-

lich, dass in der Praxis eine weitaus höhere Zahl an Schiedsverfahren zu verzeichnen ist.

Hier hoffen wir, dass dieses Mittel künftig häufiger genutzt wird, damit zeitnah Versorgungsverträge zustande kommen, die das Leistungsangebot für die Versicherten vergrößern.

Mit Blick auf die Leistungserbringer und die Vertragsumsetzung (Stichwort „Versorgungsqualität“) haben die Kassen im Gefolge der genannten Gesetze diverse Prüf- und Kontrollpflichten. Kommen die Kassen diesen Aufgaben genügend und vor allem auch effektiv nach?

Bei der noch nicht vollständig abgeschlossenen Prüfung ergibt sich bisher ein sehr heterogenes Bild. Genauere Auskünfte hierzu können wir nach Abschluss unserer Auswertung geben.

Mit Schreiben vom 17. Juni 2020 hat das BAS alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zu umfangreichen Stellungnahmen mit Blick auf das aktuelle Vertragsgeschehen im Hilfsmittelbereich aufgefordert. Was war der Auslöser für diese Aktion?

Wie auch in unserem Rundschreiben formuliert, führten Beschwerden von Versicherten und Leistungserbringern über das Verwaltungshandeln der Krankenkassen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ebenso wie Prüfungen nach § 274 SGB V zur Fertigung des Rundschreibens.

Bis wann wird das BAS mit validen Auswertungen an die Öffentlichkeit gehen?

Es ist beabsichtigt, bis Ende diesen Jahres eine valide Auswertung zu veröffentlichen.

Frau Domscheit, danke für das Gespräch.

wds