



Homecare Leipzig 2009

Homecare – Einführung in die rechtlichen Grundlagen

Leipzig, 29.09.2009
Nadine Küster
Pfrimmer Nutricia GmbH

Agenda

Was ist Homecare?

- Eine kurze Begriffsbestimmung

Rechtliche Grundlagen für Homecare

- Anspruch des Patienten
- Rolle von Krankenkasse und Leistungserbringer
- Beispiel: Hilfsmittelversorgung

Fazit

Was ist Homecare?

- Versorgung des Patienten
 - zu Hause oder im Pflegeheim
 - mit erklärungsbedürftigen Hilfsmitteln/
Medizinprodukten/Verband- u. Arzneimitteln
 - durch medizinisches Fachpersonal
 - im Rahmen einer ärztlichen ambulanten Therapie
- verbindet Produkt mit notwendiger Dienstleistung**

Typische Homecare-Bereiche

- enterale und parenterale Ernährung
- Stoma- und Inkontinenzversorgung
- moderne Wundversorgung
- Infusions- und Schmerztherapie
- ...

Gesetzlicher Anspruch des Patienten auf Homecare ergibt sich nur mittelbar aus dem Gesetz!

- in Verbindung mit Hilfsmitteln/Medizinprodukten aus § 33 SGB V
 - in Verbindung mit Arznei- u. Verbandmitteln aus § 31 SGB V
- § 33 Abs. 1 S. 4 SGB V enthält Aufzählung von einigen Dienstleistungen, die mit der Hilfsmittelversorgung in Verbindung stehen – im Vordergrund steht jedoch die Versorgung mit dem Produkt an sich

Rechtliche Grundlagen



Rolle der Krankenkassen

- § 2 Abs. 1 SGB V: Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der Versorgung der Versicherten mit den verschiedenen Leistungen
- § 2 Abs. 3 SGB V: Auswahl und Vergütung der Leistungserbringer
- Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Interessant für den Bereich Homecare z. B.:

§ 2a SGB V – Berücksichtigung der besonderen Belange von chronisch Kranken und Behinderten

§ 11 Abs. 4 SGB V – Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement

Rolle der Leistungserbringer

- Versorgung der Patienten mit dem entsprechenden Produkt und den dazugehörenden Dienstleistungen
 - Leistungsinhalt bestimmt sich nach der Verordnung des Arztes (Rezeptinhalt) und dem Vertrag mit der Krankenkasse
 - Vergütung bestimmt sich nach vertraglicher Vereinbarung mit der Krankenkasse
- **Dienstleistungen werden nicht gesondert vergütet, sondern mit dem Produktpreis abgegolten**

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

Wichtige Gesetzesänderungen:

- GKV-WSG Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (am 01.04.2007 in Kraft getreten)
 - GKV-OrgWG Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (am 01.01.2009 in Kraft getreten)
- **beide Gesetzesänderungen betreffen die für die Hilfsmittelversorgung wichtigen gesetzlichen Regelungen in den §§ 126 ff. SGB V**

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

Anspruch des Patienten

- in § 33 Abs. 1 SGB V verankert

Wer darf Leistungserbringer sein?

- § 33 Abs. 6 SGB V – durch **Vertrag** mit der Krankenkasse für dieses Hilfsmittel versorgungsberechtigte Leistungserbringer
- **Ergebnis des GKV-WSG** – Wegfall der Zulassung zum 01.01.2009, Leistungserbringung nur noch mit Vertrag mit einer Übergangsfrist bis 31.12.2008
- **Ergebnis des GKV-OrgWG** – Verlängerung der Übergangsfrist bis 31.12.2009

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

Wie kommt ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse zustande?

- Regelungen in § 127 SGB V
 - § 127 Abs. 1 SGB V – Ausschreibung von Verträgen
 - § 127 Abs. 2 SGB V – Vertragsverhandlungen/ Vertragsschluss
 - § 127 Abs. 2a SGB V – Beitritt zu bestehenden Verträgen
 - § 127 Abs. 3 SGB V – Einzelfallvereinbarung

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

GKV-OrgWG - Kein Vertrag ohne Präqualifizierung!

- § 126 Abs. 1 SGB V: Nachweis einer geeigneten Stelle, dass der Leistungserbringer eine ausreichende zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung des Hilfsmittels gewährleistet
- bis 30.06.2010 reicht alte Zulassung als Nachweis aus
- derzeit noch keine festen Grundsätze zum Präqualifizierungsverfahren verabschiedet, Ausarbeitung in den entsprechenden Gremien läuft

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

§ 127 Abs. 1 SGB V - Vertragsschluss durch Ausschreibung

- Ausschreibung kann seitens der Krankenkassen durchgeführt werden, wenn dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist
- Ermessensentscheidung der Krankenkasse, kein muss (auch wenn die Zweckmäßigkeit zu bejahen ist) – Ergebnis des GKV-OrgWG

ABER: Entscheidung des EuGH vom 11. Juni 2009 (Rechtssache C-300/07), dass Krankenkassen öffentliche Auftraggeber im Sinne des Vergaberechts sind – Vergaberecht sieht kein Wahlrecht vor!!!

- nationales Recht stimmt mit europäischen Vorgaben offensichtlich nicht überein – Auswirkungen für den Homecare-Bereich noch unklar
- Leistungserbringer sollten sich auf Teilnahme an Ausschreibungen vorbereiten

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

§ 127 Abs. 2 SGB V - Vertragsschluss durch Verhandlungen

- Bekanntgabepflicht seitens der Krankenkassen über Absicht des Vertragsschlusses
 - Angebotsabgabe durch die Leistungserbringer
 - Vertragsverhandlungen und Vertragsschluss
- eingeführt durch GKV-WSG mit erheblichen Folgen: Preisverfall, Verlust der Versorgungsberechtigung für kleinere Anbieter, besondere „Macht“stellung der Krankenkassen

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

§ 127 Abs. 2a SGB V – Vertrag durch Beitritt

- Informationspflicht der Kassen über bestehende Verträge
 - Beitrittserklärung durch die Leistungserbringer
- eingeführt durch GKV-OrgWG: wieder Stärkung kleinerer Anbieter, Auflockerung der „Macht“stellung der Krankenkassen – KK entscheidet nicht mehr allein über den Kreis der Leistungserbringer

Beispiel: Hilfsmittelversorgung

§ 127 Abs. 3 SGB V – Einzelfallvereinbarung

- Kostenvoranschlag seitens des Leistungserbringers
 - Kürzungsrecht der Krankenkassen auf niedrigsten Vertragspreis
- eingeführt durch GKV-WSG: trägt ebenfalls zum Preisverfall bei

Exkurs: § 128 SGB V

§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

- (1) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.
- (2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. Wirtschaftliche Vorteile im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen sowie die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür.
- (3) Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 angemessen geahndet werden. Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können.
(...)
- (6) Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, gelten bei der Erbringung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 6 die Absätze 1 bis 3 sowohl zwischen pharmazeutischen Unternehmern, Apotheken, pharmazeutischen Großhändlern und sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen als auch jeweils gegenüber Vertragsärzten, Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend. Hiervon unberührt bleiben gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 6.

Ziel des Gesetzes

- in aktueller Fassung am 23. Juli 2009 in Kraft getreten (Einführung durch 15. AMG-Novelle)
- Verhinderung von Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten im ambulanten Sektor
- Verhinderung von Beeinflussung von Ärzten in ihrer Verordnung durch Anreize für eigene finanzielle Interessen

Ergänzung der bestehenden straf-, berufs- und wettbewerbsrechtlichen Vorschriften durch Regelung im SGB V

Erste Einschätzung zu § 128 SGB V

- es ist in der Zusammenarbeit mit Ärzten im ambulanten Bereich nicht mehr oder weniger zulässig oder unzulässig als bisher
- Leistungserbringer und Ärzte haben sich an die gesetzlichen Vorgaben z. B. im Strafrecht oder ärztlichen Berufsrecht und die Prinzipien der Zusammenarbeit mit Ärzten – nun insbesondere gem. der Ausgestaltung in § 128 SGB V - zu halten
- **ABER:** Krankenkassen steht ein „Mittel“ zur Verfügung, gewissen Druck auszuüben – wenn vertraglich vereinbart, kann Leistungserbringer bei Verstoß gegen § 128 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen werden

- Leistungserbringer haben mit starkem Preisverfall und der „Macht“stellung der Krankenkassen seit dem GKV-WSG umzugehen
- leichter Ausgleich der Positionen nach Inkrafttreten des GKV-OrgWG durch Beitrittsrecht und Einflussmöglichkeiten der Interessenvertreter der Leistungserbringer hinsichtlich Kriterien für Präqualifizierungsverfahren
- Auswirkungen der EuGH-Rechtsprechung zur Eigenschaft der Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber muss im Auge behalten werden
- der neue § 128 SGB V muss bei Vertragsverhandlungen mit KVen und bei Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten beachtet werden

Nadine Küster

T: +49 (0) 9131 7782 960

F: +49 (0) 9131 7782 841

N.Kuester@nutricia.com

Pfrimmer Nutricia GmbH

Am Weichselgarten 23

91058 Erlangen

www.pfrimmer-nutricia.de



Vielen Dank!

