

Komplexe Vertragsmodelle verstehen - Verträge richtig anwenden

Agenda

Kurzvorstellung Optica

Allgemeines zu Hilfsmittelverträgen

Wie entstehen Verträge und warum?

Beispiele und Fragen aus der Praxis

Zusammenfassung und Fazit

Kurzvorstellung Optica

Kurzvorstellung Optica



Thomas Piel

Leitung Gesundheitspolitik und
strategische Kooperationen
t.piel@drgueldener.de
0711 99373-2908



Jörn Ruhwedel

Leitung Operations
Prokurist
j.ruhwedel@drgueldener.de
0711 99373-1017



Rustam Brungardt

Gebietsleitung
r.brungardt@drgueldener.de
0711 99373-2953
0151 57505078

Vorstellung des Unternehmens



Vorstellung des Unternehmens

– Besonderheiten Optica

- **Hohe Sicherheit und Liquidität**
 - Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG als starker Partner und Gesellschafter
 - Ständig abrufbare Kreditlinie im hohen dreistelligen Millionenbereich
 - BaFin-Zulassung und Regulierung
- **Umfangreiche Vertragsdatenbank**
 - Echtzeitverfügbarkeit
 - Mehr als 7.000 hinterlegte Verträge
- **Individuelle und innovative Abrechnungslösungen**
 - Image-Link-Verfahren
 - Digitale Abrechnungsprozesse
 - Enger und kontinuierlicher Austausch mit der gematik (E-Rezept)

Allgemeines zu Hilfsmittelverträgen

Allgemeines zu Verträgen – die Rechtgrundlagen 1 / 5

Gesetzlicher Rahmen– Auszug der wichtigsten gesetzlichen Regelungen

§ 33 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, **um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen**, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Die Hilfsmittel müssen mindestens die im **Hilfsmittelverzeichnis** nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind.

§126 SGB V

Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Absatz 1 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. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab...

Allgemeines zu Verträgen – die Rechtgrundlagen 2 / 5

Gesetzlicher Rahmen– Auszug der wichtigsten gesetzlichen Regelungen

§ 127 SGB V (wichtige Auszüge mit Erläuterungen)

Die Gestaltung von Verträgen für den Bereich Hilfsmittel ist im § 127 SGB V i. V. m § 33 SGB V geregelt. Es finden sich dort folgende Grundsätze:

- Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen über den Weg der Vertragsverhandlung Verträge mit Leistungserbringern, deren Verbände oder sonstiger Zusammenschlüsse von Leistungserbringern.
 - Somit können sowohl einzelne Kassen mit einzelnen Leistungserbringern als auch beliebige Zusammenschlüsse von Kassen (z.B. BKK-Landesverbände, GWQ, Spectrum-K, etc.) mit mehreren Leistungserbringern (z.B. über Einkaufsgemeinschaften wie RehaVital, Sani Aktuell oder die Innungen) Verträge schließen.
- Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen
 - Dies bedeutet, dass jeder Leistungserbringer den Anspruch auf Vertragsverhandlungen hat. In der Praxis wird dies von den Krankenkassen – aufgrund des hohen Aufwandes – allerdings häufig anders gehandhabt.
- Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen
 - Anforderungen an Versorgungsqualität sind mit Ausnahme des Verweises auf das Hilfsmittelverzeichnis im Gesetz nicht explizit festgelegt. Die immer weiter ansteigenden bürokratischen Hürden und Anforderungen an die Versorgungsqualität wird in der Regel von den Kostenträgern vorgegeben. Dies wird auch nochmal auf den Folien 29-31 vertieft.

Allgemeines zu Verträgen – die Rechtgrundlagen 3 /5

Gesetzlicher Rahmen – Auszug der wichtigsten gesetzlichen Regelungen (§ 127 SGB V)

- Den Verträgen können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind
 - Dies bedeutet, dass jeder Leistungserbringer die Wahl hat, welchen Verträgen man beitreten möchte. Dies bietet zunächst mal einen großen Vorteil – hat aber auch Tücken, auf die auf den nächsten Folien näher eingegangen wird.
- Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse 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
 - Wenn kein Vertrag geschlossen ist, muss die Patientenversorgung mit dem entsprechenden Hilfsmittel im Einzelfall beantragt und entschieden werden. Dies erfolgt in solchen Fällen i.d.R. per elektronischem Kostenvoranschlag (eKV)
- Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch
 - Somit sind die gesetzlichen Krankenkassen per Gesetz verpflichtet, die Einhaltung von gesetzlichen und vertraglichen Pflichten zu überwachen. Dies spielt insbesondere beim Beitritt zu geeigneten Verträgen eine Rolle, insbesondere wenn vertragliche Voraussetzungen beim Leistungserbringer – trotz Beitritt – nicht vorliegen.

Allgemeines zu Verträgen – die Rechtgrundlagen 4 /5

Gesetzlicher Rahmen – Auszug der wichtigsten gesetzlichen Regelungen (§ 127 SGB V)

- Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden
 - Sind Festbeträge vereinbart, können keine höheren Vertragspreise vereinbart werden. Etwaige Mehrkosten sind in diesen Fällen dem Versicherten privat zu berechnen.
- Soweit es für Prüfungen erforderlich ist und der Versicherte schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat, können die Krankenkassen von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern.
 - Allerdings ist für erweiternde Auskünfte stets die Einwilligung des Versicherten erforderlich – z.B. wenn die Krankenkasse interne personenbezogene Dokumentation einsehen möchte.

Rückblick zur Entwicklung der Vertragslandschaft

WSG (Wettbewerbsstärkungsgesetz) – seit April 2007

Startpunkt für umfassende Regularien im Hilfsmittelmarkt

Einführung von **Präqualifizierung** als Qualitätsmerkmal

Neue Gesetze zur **Bekanntmachung von**

Ausschreibungen & Verträgen

Ziele:

Medizinischen Fortschritt sichern

Kosten der Gesundheitsversorgung eindämmen

GKV-Beiträge stabil halten bzw. senken

Wettbewerb fördern

Achtung:

Seit 2007 § 128 SGB V (Depotverbot und Verbot von Zuwendungen für das Steuern von Versorgungsbetrieben bzw. Verordnungen)

Seit 2016 § 299 a StGB (Korruption im Gesundheitswesen)



Allgemeines zu Verträgen – die Rechtgrundlagen 5 / 5

Gesetzlicher Rahmen– Auszug der wichtigsten gesetzlichen Regelungen

§ 128 SGB V

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten...

§299a StGB

Bestechlichkeit im Gesundheitswesen. Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er...

**Fazit: Sagen Sie nicht aus Angst gleich „Ich habe Schuld“,
Fehler sind interpretierbar!**

Die Rolle des Hilfsmittelverzeichnis

§ 139 SGB V

- Beschreibung der Rolle des Hilfsmittelverzeichnis
- Krankenkassen müssen Anforderungen an Qualität der Hilfsmittel und Versorgung in Verträgen berücksichtigen
- Kostenübernahme durch GKV nur für dort gelistete Produkte

Marktbedeutung

- nicht rechtlich bindend, aber marktsteuernd
- Auslegungs- und Orientierungshilfe für Kassen & Leistungserbringer:innen
- Transparenz über Produkte und Qualität

Vertragsarten

Beschreibung der gängigen Vertragsarten

- **Festbeträge**
 - Grundsätzliche Regelung zu Hilfsmitteln, welche „gedeckt“ sind (z.B. Sehhilfen und Einlagen). Der Leistungserbringer kann in diesem Zusammenhang Mehrkosten an die Versicherten berechnen. Somit ist die Vereinbarung eines höheren Preises als der Festbetrag nicht möglich.
- **Einzelvereinbarungen /-verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse:**
 - Eigenständige Verhandlung mit den Kostenträgern
 - ACHTUNG: Denken Sie auch an Insolvenzausfallbürgschaften in Verträgen
- **Verbundgruppenverträge (Verbände, Innungen, Arbeitsgemeinschaften, Landesverbände, etc.)**
 - Beitritt zu einem bestehenden Gruppenvertrag (z. B. BIV, Rehavital, SaniAktuell/RSR, CPM Verband, BEH, u. a.)

Während Verbundgruppen nur Gruppenverträgen beitreten können, haben einzelne Leistungserbringer:innen die Freiheit, jedem Vertrag beizutreten.

Vertragsarten

Beschreibung von besonderen Vertragskonstellationen

Im folgenden werden zwei Vertragsarten beschrieben, um welche immer wieder bezüglich rechtlicher Zulässigkeit gestritten wird:

- **Open-House-Verträge**

- Bei Open-House-Verträgen gibt die Krankenkasse sämtliche Vertragsbedingungen vor. Leistungserbringer können ohne besondere Vertragsverhandlungen beitreten. Durch Open-House-Verträge kann ein Kostenträger aufwändige Ausschreibungen umgehen.

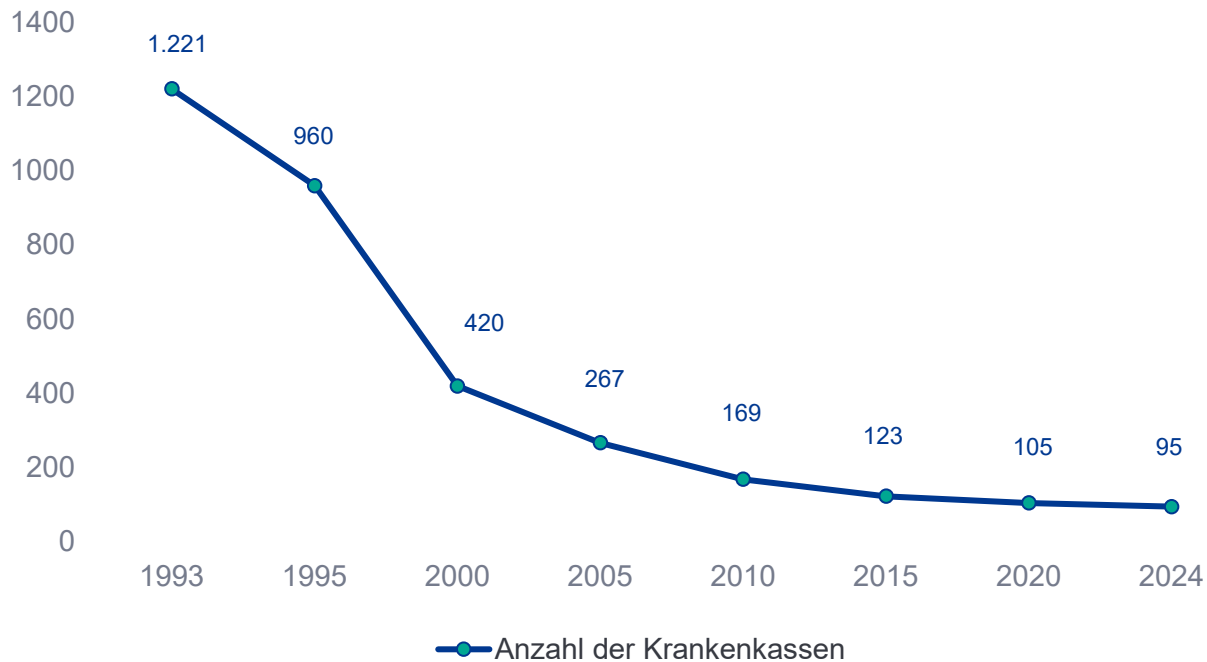
- **Ausschreibungen**

- Die Krankenkasse schreibt einen Vertrag aus und vergibt die Leistungserbringung komplett über zuvor festgelegte Kriterien an nur einen bzw. eine geringe Anzahl an Leistungserbringern z.B. innerhalb eines Gebietes. Leistungserbringer, welche bei der Ausschreibung ausscheiden sind nicht mehr zur Versorgung berechtigt.
- Seit 2019 wurden Ausschreibungen im Bereich Hilfsmittel durch den Gesetzgeber verboten. Es gibt allerdings jüngst wieder Bestrebungen seitens der Kassen, wieder Ausschreibungen einzuführen.

Achtung: Beide Varianten stehen im Widerspruch zu § 127 SGB V (Ermöglichung von Vertragsverhandlungen)

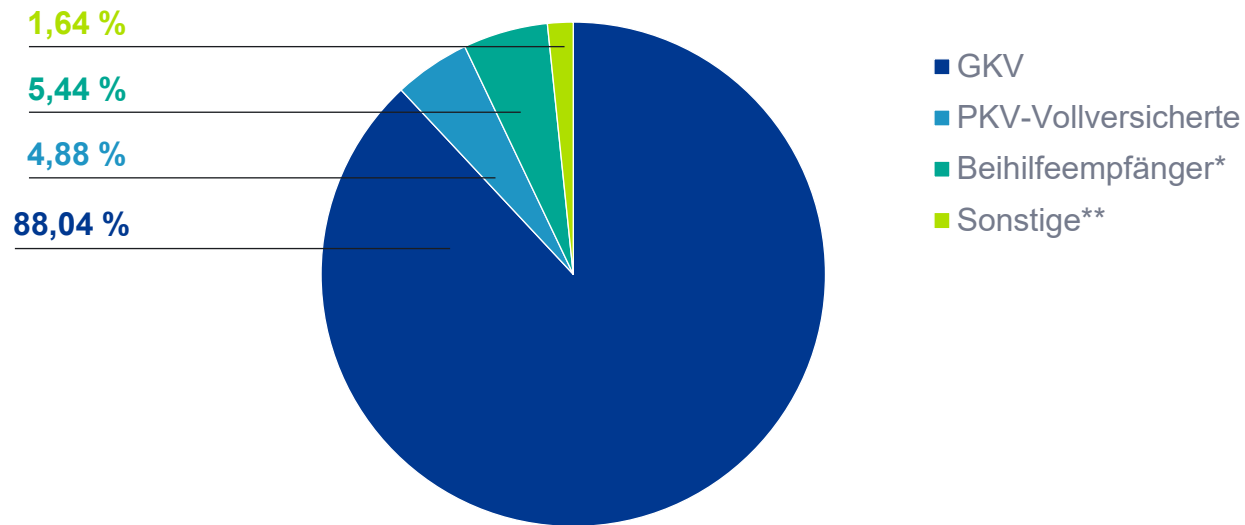
Wie entstehen Verträge und warum?

Entwicklung der Anzahl Krankenkassen 1993 - 2024



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband; Stichtag: 1. Januar

Führt die Entwicklung der Krankenkassen weniger Komplexität in der Vertragslandschaft?



* Der Beihilfesatz variiert zwischen 50% und 80%, meist mit ergänzender privater Krankenversicherung.

** Gefangene, Grenzgänger, Zeit- und Berufssoldaten etc.

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Quelle: Amtliche Statistik KM 1 zum 1. Dezember 2022, Statistisches Bundesamt, PKV e. V. 2022 (Stand Dezember 2024)

**Das Verhältnis von Versicherten in der GKV steigt seit Jahren
kontinuierlich zu Lasten der PKV**

Wie entstehen Verträge aus Sicht des Kostenträgers?

Grundlage:

- Gesetze & Richtlinien verpflichten Kostenträger zur Vertragsverhandlung
- Verträge müssen medizinisch notwendig und wirtschaftlich sein („Wirtschaftlichkeitsgebot“)

Wissensvorsprung der Kostenträger:

- Einblick in Produkt- und Preissituation der Leistungserbringer:innen
- Detaillierte Marktanalyse & Vergleichsdaten

Wer darf Hilfsmittel abgeben?

- Nur präqualifizierte Leistungserbringer:innen mit dauerhaftem Nachweis der Eignung
- Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse erforderlich



Ausnahme: Apotheken
(seit 2024 Sonderregelung)

Fazit: unterschätzen Sie nicht das Wissen der Krankenkasse!

Wie kommt man an die Verträge?

Möglichkeiten für Leistungserbringer:innen:

- **Verbundgruppen:** Anmeldung über gruppen-eigene Vertragsportale (auch MIP-Portal)
- **Krankenkassenportale:** Verträge direkt einsehen (z. B. www.aok.de)
- **WICHTIG:** Erfüllen Sie die gesetzlichen Anforderungen, haben Sie immer einen Anspruch auf den Vertrag!



Hinweis:

Krankenkassen sind eigentlich gesetzlich verpflichtet, Ihnen Verträge **offenzulegen**. Dies erfolgt häufig erst auf Nachfrage

Wie ist ein Vertrag aufgebaut?

- § 1 Vertragsgegenstand
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Grundsätze zur Leistungserbringung
- § 4 Art und Umfang der Leistungserbringung
- § 5 Genehmigungsverfahren
- § 6 Qualitätssicherung
- § 7 Vergütung der Leistungen
- § 8 Abrechnung der Leistungen
- § 9 Vorzeitige Beendigung der Versorgung
- § 10 Datenschutz und Schweigepflicht
- § 11 Werbung
- § 12 Vertragserfüllung, Vertragsverstöße
- § 13 Überprüfung der Leistungserbringung
- § 14 Haftung, Gewährleistung und Garantie
- § 15 Insolvenzausfallklausel
- § 16 Inkrafttreten und Kündigung
- § 17 Salvatorische Klausel

Welches sind die wichtigsten Inhalte für die Praxis?

1. Grundlagen & Rahmenbedingungen

Vertragsgegenstand, Geltungsbereich, Leistungserbringung

2. Leistungsdetails & Abwicklung

Art & Umfang, Genehmigungsverfahren, Qualitätssicherung

3. Vergütung & Abrechnung

Vergütung der Leistungen, Abrechnung, vorzeitige Beendigung der Versorgung

4. Rechtliche Aspekte

Datenschutz, Schweigepflicht, Werbung, Vertragsverstöße

5. Sicherheit & Haftung

Überprüfung, Haftung, Gewährleistung, Insolvenzschutz

6. Laufzeit & Beendigung

Inkrafttreten, Kündigung, salvatorische Klausel

Verträge selbst verhandeln oder beitreten?

Herausforderung:

Preise sinken,
Aber Kosten steigen!



Lösung:

Selbst verhandeln?
Ohne solide Strategie kann
das riskant sein.



Wichtige Grundlage

Eine **gute Kalkulation** ist
entscheidend!



Verträge selbst verhandeln oder beitreten?

Beispiele für Kennzahlen & Kostenentwicklung

Logistik	→	Höhere Energiekosten
Bilanz	→	Mehr Umsatz, weniger Ertrag
Mitarbeiter	→	Steigende Personalkosten
IT/EDV	→	Mehr Kosten für Systeme (z. B. für Cybersicherheit)
Fuhrpark	→	Fahrzeuge teurer (z. B. E-Autos)
Produkte	→	Lieferkettengesetz beeinflusst Kosten

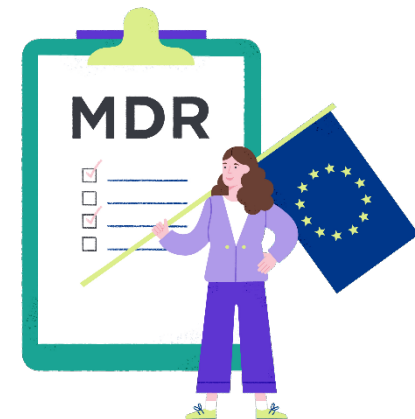
Steigende Kostenrisiken:

- Miete & Gebäudesanierung
- Unvorhersehbare Investitionen
- Kaufkraft & Krisen (Rohstoffmangel, Pandemie)

Verträge selbst verhandeln oder beitreten?

Ablaufbeschreibung – eigene Verhandlung

- 1 **Mustervertrag**
Kasse verschickt Entwurf & macht ihn öffentlich
- 2 **Sichtung & Vorbereitung**
Prüfung, ggf. Bildung einer Arbeitsgruppe
- 3 **Rückmeldung**
Erster Entwurf geht schriftlich an die Kasse
- 4 **Verhandlungen starten**
Erste Termine mit der Kasse
WICHTIG: FAQ während der Verhandlungen sammeln
- 5 **Vertragsabschluss:**
Unterschrift erforderlich – rückwirkende Verträge vermeiden!



Verträge selbst verhandeln oder beitreten?

Wie komme ich als Leistungserbringer an einen Hilfsmittelvertrag?

Möglichkeiten gemäß SGB V:

- ① **Rahmenvertrag verhandeln** (§ 127 Abs. 1 SGB V)
- ② **Beitritt zu geschlossenem Rahmenvertrag** (§ 127 Abs. 2 S.1 SGB V)
- ③ **Nachverhandlung eines geschlossenen Rahmenvertrags** (§ 127 Abs. 2 S.2 SGB V)
- ④ **Einzelfall-Versorgung per Kostenvoranschlag** (§ 127 Abs. 3 SGB V)

Quelle: Bettina Hertkorn Ketterer RSR Branchenhandbuch

Beispiele und Fragen aus der Praxis

Welche Faktoren im Vertrag sind neben den Preisen noch relevant?

Präqualifizierung (verpflichtend)

Sonstige Qualitätsmerkmale des Krankenkassenvertrages wie:

- Lieferzeitenvorgabe
- personelle Anforderungen (Bsp. Stomatherapeuten, Kinderkrankenschwester oder -pfleger)
- Verpflichtende Schulungen / Weiterbildungen
- Fortbildungen zur Präqualifizierung beachten (Bsp.: SSK 14f)
- Testen von Hilfsmitteln
- Unterschiedliche Pauschalsysteme (z.B. Fallpauschale, Fullservicepauschale (kaum noch) , Kurzeitpauschale ACHTUNG in der Kinder,- und Bettenversorgung)
- Lieferung von Benchmarks (Abrechnungsdaten)
- Digitale Kommunikationsmöglichkeiten (Videochat)
- Lieferung von Alternativprodukten zur Vorbeugung wirtschaftlicher Aufzählung

Wie kann ich ohne bestehenden Vertrag im Einzelfall trotzdem einen Patienten versorgen?

Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel

- keine Verträge der Krankenkasse nach §127 SGB V Absatz 1 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, dies erfolgt durch einen Kostenvoranschlag“ der gesondert vom Kostenträger genehmigt wird.**

Wie entscheide ich mich für den richtigen Vertragsbeitritt?

Jeder Jeck ist anders und auch jedes Unternehmen tickt anders auch wenn die Verträge gleich sind !

- Der richtige Vertragsbeitritt ist dann richtig wenn Ihre Prozesse auf den vorgegebenen Vertrag passen.
- Bsp. 1: Im Stomabereich bietet die DAK mehrere Verträge mit unterschiedlichen Qualitätskriterien an. Hier ist nicht nur die Präqualifizierung notwendig , sondern darüber hinaus auch das richtige Personal, digitale Kommunikationsmöglichkeiten oder Lieferung von Zahlen und Daten!
- Bsp. 2: Die AOK Bayern bietet einen Vertrag mit und einen Vertrag ohne Stomatherapeut an.



Wichtig:

Hoher Qualitätsanspruch des Krankenkassenvertrages bringt auch mehr Geld, aber VORSICHTIG, es muss sich für SIE rechnen!

Zusammenfassung und Fazit

Zusammenfassung und Fazit

1.

Dokumente und
Hilfsmittelverträge
vollständig und korrekt
vorhalten, hinterlegen
und an
Abrechnungsdienst-
leister übermitteln

2.

Vertragsinhalte
einhalten
↓
Nur so wird eine
korrekte Abwicklung
sichergestellt!

3.

Bei Unsicherheiten?
↓
Jederzeit melden.
Wir sind für Sie da!

Der Abrechnungsprozess in der Praxis: praktisch und smart abrechnen

Agenda

Der Weg des Rezeptes: analog vs. digital

Welche Prozesse können heute schon die
Rezeptabrechnung digital unterstützen?

Die digitalen Pläne der Kostenträger

Der Weg des Rezeptes: analog vs. digital

Der Weg des Rezeptes: analog vs. digital

Was bleibt bestehen bei Einführung der eVerordnung für Hilfsmittel?

Neben der Abrechnung von sonstigen Leistungserbringern rechnet die Dr. Güldener Gruppe auch Apotheken ab. Daher können einige Erfahrungswerte vom Apotheken-eRezept auf die Hilfsmittel-eVerordnung übertragen werden:



Abrechnungsverfahren § 302 SGB V: Das Abrechnungsverfahren gemäß heutiger Richtlinien bleibt bestehen. Das bedeutet, dass die Abrechnung als solches durch die Einführung der eVerordnung nicht direkt betroffen ist.



Vertragsgestaltung § 126 ff SGB V: Die Einführung der eVerordnung wird ebenfalls keinen bzw. nur einen geringen Einfluss auf die Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern haben. Somit werden auch weiterhin vertragsspezifische Dokumente entstehen, welche – zusätzlich zur eVerordnung – beigelegt werden müssen.



„Andere“ Kostenträger: Für andere Kostenträger wie z.B. Berufsgenossenschaften oder Sozialämter wird das Verfahren eVerordnung Hilfsmittel wahrscheinlich nicht anwendbar sein.

Fazit: Das eRezept wird Auswirkungen von allem für Patient – Arzt- und die Rezepteinlösung haben. Hier ist mit signifikanten Prozessverschlinkungen zu rechnen. Der Rahmen hinsichtlich Verträge und Abrechnung ändert sich allerdings nicht,

Der Weg des Rezeptes: analog vs. digital

Womit ist darüber hinaus zu rechnen?

Aus den Erfahrungen des Apotheken-eRezeptes heraus ergeben sich aus Sicht von Optica noch folgende wichtige Erkenntnisse:



Verschiebungen einplanen: Das eRezept für Apotheken sollte in 2022 verpflichtend eingeführt werden. Die verpflichtende Einführung kam dann zum 01.01.2024. Trotzdem liegt der Anteil an Muster-16-Rezepten – Stand heute – immer noch bei ca. 20 %. Somit ist davon auszugehen, dass es auch bei der eVerordnung zu weiteren Verzögerungen kommen wird.



Hybride Verfahren: Analog des eRezeptes Apotheken, wird es im Rahmen einer Übergangszeit über einen möglicherweise längeren Zeitraum zu gleichzeitiger Verordnung von papierhaften Muster-16-Verordnungen und eRezepten kommen.



Umgang mit Sonderfällen: Im Bereich des eRezeptes Apotheken wurden Sonderfälle (Krankenhausapotheken, BTM-Rezepte, etc.) später aufgeschaltet bzw. stehen diese noch aus. Wir sind uns sicher, dass dies auch bei der eVerordnung Hilfsmittel so sein wird (z.B. §300/302-Verordnungen) und diese Prozesse erst später umgesetzt werden..

Fazit: Die Einführung der eVerordnung Hilfsmittel wird nicht in einem großen Schritt erfolgen sondern wird sicherlich in einzelnen Prozessschritten und stufenweise erfolgen.

Der Weg des Rezeptes: analog vs. digital

Pilotverfahren zur eVerordnung Hilfsmittel

Vor Einführung des Apotheken-eRezeptes gab es – analog zur eVerordnung Hilfsmittel – Pilotprojekte (wie z.B. GERDA oder MORE). Dabei sind folgende Erkenntnisse wichtig:



Bewertung von Pilotverfahren: Die heutigen Pilotverfahren (z.B. eGesundheit / BIV-OT-Projekt) sind Projekte, die gemäß § 140a SGB V als besondere Versorgungsformen betrieben werden. Diese Verfahren sind zur technischen Erprobung geeignet, stellen aber bei weitem noch kein fertiges eRezept dar.



Fachdienst eVerordnung: Der Betrieb der eVerordnung Hilfsmittel ist analog des eRezeptes Apotheke nur mithilfe eines noch zu entwickelnden Fachdienstes durch die GEMATIK möglich.



Pilotverfahren nach Einführung eVerordnung: Nach Einführung der eVerordnung durch die Gematik müssen alle heute existierenden nach unserer Kenntnis eingestellt werden, alleine schon da die Sicherheitsinfrastruktur der Pilotprojekte für den Betrieb der zukünftigen eVerordnung nicht ausreichend ist.

Fazit: Die aktuellen Pilotprojekte sind gute Blaupausen zum Wissensaufbau rund um den Umgang von digitalen Prozessen. Sie werden aber höchstwahrscheinlich nicht in eine eVerordnung übergehen

Welche Prozesse können heute schon die Rezeptabrechnung digital unterstützen?

Rezeptabrechnung digital unterstützen...

Die Digitalisierung beginnt im eigenen Betrieb:

Zur Vorbereitung auf die eVerordnung Hilfsmittel sollte man sich unbedingt mit der Digitalisierung und Automatisierung im eigenen Betrieb auseinandersetzen. Erforderlich ist dazu Folgendes:

1

Verfügt mein Betrieb über eine leistungsfähige Branchensoftware?

... und ist diese TI-fähig sowie technisch in der Lage eine eVerordnung zu verarbeiten
/ möchte mein Betrieb an den Pilotprojekten zur eVerordnung teilnehmen?

2

Werden alle eingehenden Belege früh gescannt bzw. digital vorgehalten?

... digitale Belegimages bieten das Potential deutlicher Verschlinkungen im Betrieb. Dies versetzt den Betrieb in die Lage eine Datenschnittstelle zum Abrechnungsdienstleister oder zum Kostenträger zu nutzen.

4

Nutze ich alle Potentiale, welche die Verträge mir bieten?

... Die Kasse verzichtet auf Lieferbelege? Die Angabe der Genehmigungsnummer reicht aus? Dauerverordnungen werden akzeptiert? Jede dieser Möglichkeiten bietet Optimierungspotential

5

Kürzungsbearbeitung digital

... erhalte ich Kürzungsdaten digital? Gibt es eine automatische / regelbasierte Kürzungsbearbeitung / Erfolgt die Bearbeitung dogmatisch oder z.B. nach Pareto-Prinzip?

Die digitalen Pläne der Kostenträger

Kurzvorstellung der digitalen Projekte

Bekannte Pilotprojekte zur eVerordnung auf Basis des § 140a SGB V

Projekte auf Basis des § 140a SGB V (besondere Versorgungs) haben den Vorteil, dass diese den Pilotteilnehmern eine Projektteilnahme zu vereinfachten rechtlichen Bedingungen ermöglichen. Allerdings müssen sich alle Projektteilnehmer aktiv einschreiben, welches wiederum einen negativen Einfluss auf die Teilnehmerzahlen hat.

Projekt / Verfahren	Rechtlicher Status	Teilnehmer	Vorteile	Herausforderungen
BIV-OT-Projekt	Pilotprojekt (§140a SGB V)	BIV-OT Abrechnungs- und Software-dienstleister	- Projekt auf Grundlage des bestehenden APO-E-Rezeptes der gematik - Keine Gebühren für Dienstleister - Rechtlich einwandfreies Verfahren (im Rahmen §140 SGB V)	- Pilot nach § 140 SGB V (Ärzte, Patient und Leistungserbringer müssen sich einschreiben) - Herausforderung: Akquise von Teilnehmern - Projekt wird nach Einführung eVerordnung eingestellt
Elektronisch e Hilfsmittel-Verordnung (eGesundheit)	Pilotprojekt (§140a SGB V)	TK, DAK, BEK, AOK Bayern, HEK, IKK Classic, BIG, HMM, Medcomp, OptaData	- Komplette digitale Abrechnung - Verordnung wird rein digital erstellt und verwaltet - Rechtlich einwandfreies Verfahren (im Rahmen §140 SGB V)	- Pilot nach § 140 SGB V (Arzt, Patient und Leistungserbringer müssen sich einschreiben) - Projekt stellt nur „Machbarkeit“ dar und wird danach wieder eingestellt - Projekt soll als alternatives Konzept zum gematik E-Rezept dienen
eLB – elekt. Bestätigung (DAVASO)	Pilotprojekt (§140a SGB V)	TK, IKK Classic, DAVASO, Hebamio, Buchner	- Komplette digitale Abrechnung - Beleg verbleibt beim LE (wird bei Bedarf angefordert)	- Zurzeit nur für Hebammen und Heilmittel möglich - Pilot nach § 140 SGB V (Patient und LE müssen sich einschreiben) - Nur bestimmte Kassen (z.B. TK / IKK Classic) und Softwarehäuser

Kurzvorstellung der digitalen Projekte

Bekannte Pilotprojekte zur eVerordnung auf Basis des § 302 SGB V

Projekte auf Basis des § 302 SGB V sind ohne Einschränkung rechtssicher und erfordern keine Zustimmung von Versicherten. Allerdings sind in beiden unten genannten Varianten separate Verträge zwischen den Teilnehmern zu schließen:

Projekt / Verfahren	Rechtlicher Status	Teilnehmer	Vorteile	Herausforderungen
Image-verfahren (ImageLink)	Richtlinie zu § 302 SGB V	Abrechnungs- dienstleister Primär- und Ersatzkasse n	- Rechtlich einwandfreies Verfahren - Rezept / Beleg muss nicht zum Kostenträger - Das Imageverfahren hat das Potential, über 2027 hinaus den Belegtransfer zum E-Rezept sicherzustellen	- Stand heute nur Digitalisierung für den Kostenträger und nur § 302 SGB V - Nur mit separatem Vertrag Kasse - Leistungserbringer / ARZ möglich - Für mittlere/kleine Selbstabrechner aufwändig und teuer (Anschaffung und Betrieb)
Gutschrift-verfahren /	§ 302 Abs. 6 SGB V	Kumavision / HMM (<i>kein aktueller Stand</i>)	- Rechtlich einwandfreies Verfahren - Rezept muss – wenn vereinbart - nicht zum Kostenträger - Direkte Zahlung nach Lieferung – wenn vereinbart - möglich	- Nur mit separatem Einzelvertrag möglich - Nur teilnehmende Krankenkassen - Extra Gebühr für Leistungserbringer - Haushaltslage Kostenträger (schnellere Zahlung)

Vielen Dank!