



Hilfsmittelverträge schließen und richtig umsetzen
15.05.2025 Berlin
BVMed Akademie

Urteil BSG vom 30.11.2023

B 3 KR 2/23 R



Urteilsgründe BSG

- Sachleistungsanspruch der Versicherten nur über Verträge
- numerus clausus der Verträge, also abschließender Katalog an Vertragsmodellen
- Die Regelungen des 4.Kapitels des SGB V sind abschließend, § 69 Abs. 1 SGB V
- Beitritt unter Vorbehalt aus Rechtsschutzgründen möglich oder ggf. Schiedsverfahren



Beitrittsvertrag als alleinige Option?



Öffentliche Bekanntmachung

- ➔ § 127 Abs. 1 S. 5 SGB V (alt)
 - *Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.*

- ➔ Wo?
 - Homepage der Krankenkasse?
 - MTD instant?
 - Amtliche Bekanntmachungsblätter?
 - Europaweite Bekanntmachung?

- ➔ **Anforderungen nach Wegfall der Ausschreibungen**
 - **Europaweite Bekanntmachung**
 - **Freie Zugänglichkeit für alle Interessierte**
 - **Bedingungsfreier Zugang zur Bekanntmachung**

Öffentliche Bekanntmachung

- ➔ § 127 Abs.1 S. 6 SGB V
 - *Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist auf einem **geeigneten Portal der Europäischen Union oder mittels einem vergleichbarem unionsweit publizierendem Medium unionsweit öffentlich bekannt** zu machen.*

- ➔ Empfehlungen GKV Spitzenverband
 - Verfahren zur unionsweiten Bekanntmachung der Vertragsschlussabsichten der Krankenkassen¹ in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Absatz 1 Satz 6 SGB V vom 30.09.2020

Öffentliche Bekanntmachung

- ➔ Empfehlung GKV Spitzenverband zur Bekanntmachung
 - Europaweite Bekanntmachungen sind im Amtsblatt der EU zu veröffentlichen und werden dazu über den Onlinedienst TED (Tenders Electronic Daily) an das Amt für Veröffentlichungen der EU elektronisch übermittelt - <https://ted.europa.eu/de>
 - Nationale Bekanntmachungen **zusätzlich** möglich, wenn sie nur Angaben enthalten, die dem Amt für Veröffentlichungen der EU übermittelt wurden.
 - Die Versendung evtl. vorhandener Vertragsunterlagen kann nicht von dem Vorliegen des Präqualifizierungszertifikats abhängig gemacht werden.
 - vorläufige Eigenerklärung zur grundsätzlichen Eignung für den in Aussicht genommenen Vertrag als Voraussetzung für die Übermittlung evtl. vorhandener Vertragsunterlagen können verlangt werden
 - **unzulässig m.E.**

Öffentliche Bekanntmachung

➤ **Problem:**

- ➔ Es erfolgt nur Bekanntmachung des produktgruppenspezifischen
Versorgungsvertrag
- ➔ In der Bekanntmachung fehlt Hinweis auf den zusätzlich zwingenden Beitritt
zu einem nicht verhandelbaren Rahmenvertrag, der allgemeine Regelungen
enthält, aber keine Vergütungsregelungen
 - Bekanntmachung damit unvollständig, da wesentliche Teile des
zukünftigen Vertrages fehlen
 - Wesentliche Teile eines Vertrages werden damit dem
Verhandlungsanspruch entzogen
 - Auch zum Rahmenvertrag müssen Verhandlungen möglich sein
 - Gesetz sieht keine Ausnahme für Vertragsbestandteile vor

Öffentliche Bekanntmachung

➤ **Problem:**

- ➔ Krankenkasse kündigt bestehende Verträge und verweist auf den Beitritt zu einem neuen Verhandlungsvertrag
- ➔ Neuer Vertrag wurde nicht öffentlich bekannt gemacht, da auf Initiative eines Leistungserbringers zustande gekommen
 - Sobald Krankenkasse in Verhandlungen eintritt, liegt eine Vertragsabsicht vor
 - Folge: öffentliche Bekanntmachung erforderlich, damit potentielle Interessenten den gleichen Zugang zu Verhandlungen erhalten
 - Gleichbehandlungsgebot, Diskriminierungsfreiheit

Verhandlungsvertrag keine Option?

- ➔ Nicht jedes Unternehmen will oder kann verhandeln!
- ➔ Dann Beitritt nach § 127 Abs. 2 SGB V

*Den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 können Leistungserbringer zu den **gleichen Bedingungen** als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 **Vertragsverhandlungen** zu ermöglichen.*

Verhandlungsvertrag keine Option?

- ➔ Sachgerechte Ausübung des Beitrittsrechts setzt Information über bestehende Verträge voraus, daher
- ➔ § 127 Abs. 1 Satz 8 SGB V
*Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage **unverzüglich** zu informieren.*

Das Informationsrecht

§ 127 Abs. 1 Satz 8 SGB V

- ➔ umfassendes Informationsrecht

- ➔ Informationsrecht bezieht sich auf den **gesamten Inhalt**
 - des Vertrages, inkl.
 - Vertragsanlagen,
 - Protokollnotizen
 - u.a.

- ➔ Information über Vertragspartner!
 - Alle oder nur erstunterzeichnendes Unternehmen?

Bedingungsfrei!

- ➔ Gesetz sieht keine besonderen Bedingungen für das Informationsrecht vor!
 - anders bei Beitritt
- ➔ Informationsrecht hängt nicht von bestehender Präqualifizierung in den Versorgungsbereichen ab, für die Verträge angefordert werden.
- ➔ Gleiches gilt für räumlichen Tätigkeitsbereich.
- ➔ Informationsrecht bezieht sich z.B. auch in Apothekenverträge, soweit Hilfsmittel betroffen sind (str.)

Das Informationsrecht

- Kasse behauptet, sie hätte keine Verträge, verweist den Versicherten aber gleichzeitig auf einen anderen Vertragspartner
 - Wann und wo wurde die Vertragsabsicht bekannt gemacht?
 - Wer sind die Vertragspartner?
 - Ggf. Informationsrecht im Wege der einstweiligen Anordnung durchsetzen.
 - Versicherter hat auch Informationsrecht gemäß § 127 Abs. 6 SGB V über
 - alle Vertragspartner und
 - Vertragsinhalte

- Oder wird Versicherte falsch informiert und auf einen bevorzugten Vertragspartner verwiesen?

Das Informationsrecht

- ➔ Kasse behauptet, sie hätte keine Verträge, sondern nur eine Preisvereinbarung.
 - Preisvereinbarung heißt Einigung über eine bestimmte Leistung zu einem bestimmten Preis
 - Also liegen 2 übereinstimmende Willenserklärungen und damit ein Vertrag vor
 - Dieser muss im Rahmen der gesetzlichen Systematik des § 127 SGB V zustande gekommen sein
 - Ansonsten rechtswidrig abgeschlossen!

Beitrittsvertrag als alleinige Option? Nein!

- ➔ Verhandlungsanspruch bei Verhandlungsverträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V und bei Beitrittsverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V
- ➔ Probleme:
 - Krankenkasse verweigert Verhandlungen, Verweis auf Beitritt
 - Scheinverhandlungen, Verschleppungstaktik
- ➔ Optionen
 - Beschwerde bei Aufsichtsbehörden
 - Schiedsverfahren
 - Einstweilige Anordnung beim Sozialgericht
 - Beitritt unter Vorbehalt

Schiedsverfahren

§ 127 Abs. 1a S. 5 SGB V

Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fort.

➤ **Problem:**

Es wird erstmalig in einem Produktbereich ein Vertrag verhandelt, sodass es keinen bisherigen Vertrag gibt.

- Solange kein Vertrag durch andere LE geschlossen wurde, Vereinbarung im Einzelfall nach § 127 Abs. 3 SGB V.
- Bei bereits bestehendem Vertrag Risiko des vertragslosen Zustands und keine Versorgungsberechtigung; ggf. Beitritt unter Vorbehalt

Das Beitrittsrecht

Das Beitrittsrecht

➔ § 127 Abs. 2 SGB V

*Den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 können Leistungserbringer zu den **gleichen Bedingungen** als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 **Vertragsverhandlungen** zu ermöglichen. Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. ...*

Beitrittsrecht

- Anspruch der Leistungserbringer
 - Beitrittsrecht, keine Beitrittspflicht
 - Beitritt zu Einzel- und Verbandsverträgen
- Verbände können zu Verbandsverträgen beitreten
- Beitritt ist einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung
- Mit Beitritt kommt eigenständiger Vertrag zustande

Beitrittsrecht

- Voraussetzungen des Beitritts
 - Beitritt zu den **gleichen Bedingungen** als Vertragspartner, d.h. Bereitschaft und Fähigkeit den bestehenden Vertrag zu erfüllen
 - Soweit LE nicht aufgrund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind
 - Auch beim Beitritt Verhandlungsanspruch!

- **Aber:** Anforderungen, die über das Gesetz hinausgehen, können nicht verlangt werden, da unzulässige Beschränkung des Marktzugangs

- z.B.
 - Bundesweite Versorgung
 - Fachliche Leitung entgegen PQ-Kriterienkatalog



Verträge im open-house-Verfahren



„Open-House-Verträge“ für Hilfsmittel?

- Was sind „Open-House-Verträge“?
- Begriff aus dem Vergaberecht, der ein Abweichen von dem Gebot öffentlicher Ausschreibung ermöglicht
 - Nach EUGH möglich, wenn **alle** Vertragsbedingungen vom öffentlichen Auftraggeber (z.B. Krankenkasse) zwingend vorgegeben sind
 - **Keine** Verhandlungsmöglichkeit
 - Jeder der die Bedingungen erfüllt, kann beitreten
 - Kein **Auswahlrecht** des öffentlichen Auftraggebers

„Open-House-Verträge“ für Hilfsmittel?

- Hilfsmittel - Verhandlungen gesetzlich **zwingend** vorgesehen
 - also Open-House-Verträge unzulässig
- Produkte nach § 31 Abs. 1 SGB V wie Verbandmittel oder Blutteststreifen?
Problem:
Versichertenanspruch gesetzlich geregelt, aber nicht wie Verträge mit Leistungserbringern zustande kommen.

Urteil BSG vom 30.11.2023 - B 3 KR 2/23 R zu Blutteststreifen

Urteilsgründe BSG

- Sachleistungen nur über Verträge
- numerus clausus der Verträge, also abschließender Katalog an Vertragsmodellen
- Versichertenanspruch nach § 31 SGB V
- Aber **leistungserbringerechtlich** als Hilfsmittelversorgung nach § 127 SGB V zu qualifizieren; fehlende Regelungen wie zur PQ stehen dem nicht entgegen
- Folge
 - Verhandlungsanspruch, damit kein open-house-Verfahren
 - Beitrittsrecht
 - Schiedsverfahren


Verbandmittel

- Geltung auch für Verbandmittel?

- Umstritten
 - Einige Krankenkassen schließen Verbandmittelverträge im open-house-Verfahren ab, damit kein Verhandlungsanspruch
 - Andere Auffassung geht von der Vergleichbarkeit mit den Bluttteststreifen aus, also Verträgen entsprechend § 127 SGB V
 - Mehrere Verfahren bei Sozialgerichten zur Klärung anhängig



Einzelvereinbarungen nach § 127 Abs. 3 SGB V



Einzelvereinbarungen § 127 Abs. 3 SGB V

- ➔ 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; Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen.
(...)

Einzelvereinbarungen § 127 Abs. 3 SGB V

➤ Voraussetzungen

- Keine Verträge nach § 127 Absatz 1 SGB V
 - Verträge müssen auch die betreffende Produktart umfassen
 - Kein Verweis auf einen Rahmenvertrag ohne produktspezifische Anlagen

- oder keine zumutbare Versorgung durch Vertragspartner
 - Maßstab konkrete Einzelfall
 - Entfernung – wohnortnahe Versorgung
 - Individuelle Anpassung
 - Regelmäßige Wartung

Einzelvereinbarungen § 127 Abs. 3 SGB V

- Rechtsfolge
 - Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer
- Sicherstellung Wirtschaftlichkeitsgebot?
 - Einholung von Preisangeboten in **pseudonymisierter Form**
 - Einwilligungserklärung der Versicherten dafür nicht erforderlich
- Versicherter entscheidet, wer versorgt!
- Keine automatische Umsteuerung durch Krankenkasse bei wirtschaftlicherem Angebot

Vergleichskostenvorschläge?

Verstoß gegen § 33 Absätze 6 und 7 SGB V

„Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind.“

„Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.“

- Damit ist ein Vergleichskostenvoranschlag bei Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V nicht vorgesehen
 - Vereinbarte Preise sind wirtschaftlich
 - Versicherter hat von seinem Wahlrecht Gebrauch gemacht
 - Keine nachteiligen Vertragsklauseln zu Lasten des Versicherten

- Nur bei dem Kostenvoranschlagssystem gem. § 127 Abs. 3 SGB V vorgesehen



Vertragsinhalte



Unterschiede Beitritts- und Verhandlungsvertrag

Verhandlungsvertrag

§ 127 Abs. 1 SGB V

- Konditionen werden einvernehmlich ausgehandelt
- Öffentlich-rechtliche Verträge i.S.d. §§ 53 ff. SGB X
- entsprechende Geltung der BGB-Vorschriften, § 61 SGB X
- Grenze: Nichtigkeit, § 58 SGB X, Sittenwidrigkeit (sehr hohe Schwelle)

Beitrittsvertrag

§ 127 Abs. 2 SGB V

- Konditionen vorformuliert
- Öffentlich-rechtliche Verträge i.S.d. §§ 53 ff. SGB X
- entsprechende Geltung der BGB-Vorschriften, § 61 SGB X
- Inhaltskontrolle nach AGB-Recht
- Seit Stomatherapeutenentscheidung enger Rahmen

Unterschiede Beitritts- und Verhandlungsvertrag

- ➔ Inhaltliche Vorgaben nach § 127 Abs. 1 SGB V für Verhandlungsverträge:
 - Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln,
 - deren Wiedereinsatz,
 - die Qualität der Hilfsmittel,
 - zusätzlich zu erbringende Leistungen,
 - die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer,
 - die Preise,
 - die Abrechnung und
 - wohnortnahe Versorgung und die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Qualitätskriterien.
- ➔ Abschließend festgelegte Inhalte, vgl. § 69 SGB V

Unterschiede Beitritts- und Verhandlungsvertrag

- ➔ Problem
 - Gesetz verlangt Beitritt zu gleichen Bedingungen
- ➔ Welcher der sich aus dem Verhandlungsvertrag ergebenden Inhalte sind für Beitrittsvertrag verpflichtend?
- ➔ Müssen alle Bedingungen akzeptiert werden?

Welche Bedingungen sind zulässig?

➔ Bedingungen - Beispiele

- Anforderungen über die Präqualifizierung hinaus?
- Anerkennung der Präqualifizierung? Was ist durch PQ abgedeckt?
- Zertifizierung?
- Qualifikation oder Fortbildung der Mitarbeiter?
- Bundesweite Versorgung – regionale Versorgung – unterschiedliche Preise?
- 10-Steller mit anderen Preisen als übrige 7-Steller
- Zwingendes Portfolio an Produkten mit vorgegebenen 10-Stellern

BVA Schreiben v. 28.12.2010

- ➔ **Angemessenheit einzelner Vertragsklauseln**

- ➔ Grundsätze
 - Bei Abschluss der Verträge nach § 127 SGB V ist das **Diskriminierungsverbot** gemäß § 19 GWB und das **Willkürverbot** gemäß Art. 3 GG zu beachten

 - Zumindest die Bestimmungen der Beitrittsverträge nach § 127 SGB V sind gemäß § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 61 Satz 2 SGB X vollinhaltlich unter Beachtung der **Grundsätze zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)** entsprechend §§ 305 ff. BGB überprüfbar

BVA Schreiben v. 28.12.2010

➔ Einzelne Vertragsklauseln

- Die Klauseln in Beitrittsverträgen sind außer für den ersten Vertragspartner für die beitrittswilligen Leistungserbringer einseitig vorgegeben und daher als AGB-Klausel überprüfbar
 - unzulässig ist, dass eine **bundesweite Versorgung** erfolgen müsse (vgl. auch SG Dortmund, Beschluss v. 13.12.2011 - S 12 KR 1300/11 ER - rechtskräftig)
 - unzulässig ist, dass als Vertragspartner nur **zertifizierte Leistungserbringer** in Betracht kommen

weitere Vertragsklauseln....

- Abhängigkeit des Beitrittsvertrages vom Bestand und Schicksal des Erstunterzeichnervertrages
 - U.E.: unzulässig, da unkalkulierbares Risiko / i.Ü. kommt durch Beitritt ein eigenständiger Vertrag zustande

- Beitrittsrecht für andere Krankenkassen unabhängig vom Einverständnis des Leistungserbringers?
 - unzulässig, da
 - gesetzlich nicht vorgesehen
 - Kontrahierungszwang ohne gesetzliche Grundlage
 - nicht transparent
 - unkalkulierbares Risiko

weitere Vertragsklauseln....

- ➔ Personelle Anforderungen an die Mitarbeiter
 - Lt. BSG unzulässig, da die personelle Leistungsfähigkeit im Rahmen der Präqualifizierung nachgewiesen ist
 - Im Übrigen unzulässig, soweit es sich um Qualifikationen handelt, die der Sache nach auf eine Verlagerung von Aufgaben der ärztlichen Versorgung oder der häuslichen Krankenpflege auf die Hilfsmittelversorgung zielen

weitere Vertragsklauseln....

- *Der AOK Bayern bleibt es aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes vorbehalten, für Hilfsmittel Alternativangebote einzuholen.*
- Aufbau § 127 SGB V abschließend
- Einholung anderer Preisangebote nur für Einzelvereinbarung gemäß § 127 Abs. 3 SGB V vorgesehen
- Keine Ermächtigung für die Einholung von Alternativangeboten in Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V
- Vereinbarte Preise sind wirtschaftlich, sonst hätten sie nicht vereinbart werden dürfen
- Vertragspreise sind zu zahlen, § 33 Abs. 7 SGB V
- Wirtschaftlichkeitsgebot ist keine Ermächtigungsgrundlage

Umgang mit unzulässigen/ kritischen Klauseln

- ➔ Vertragskontrolle nach BSG
 - Rechtskontrolle, ob die Krankenkassen die Grenzen des Ihnen eingeräumten Vertragskompetenzen missbrauchen
 - Verstoß gegen Art. 12 GG und Art. 14 GG
 - Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG
- ➔ Vertragsschluss bedeutet Marktzugang und damit Schutzgüter des Grundgesetzes betroffen
- ➔ Kein willkürlicher Ausschluss über Vertragsklauseln

Umgang mit unzulässigen/ kritischen Klauseln – Handlungsoptionen?

- Beitritt unter Vorbehalt erklären und Klage auf Feststellung der Unwirksamkeit der Klausel?
 - Kann bis Entscheidung durch BSG einige Jahre dauern; in der Zwischenzeit kann aber LE versorgen
 - Siehe Urteil BSG vom 30.11.2023

- Beitritt unter Ausschluss der rechtswidrigen Klauseln erklären und im Eilverfahren die Wirksamkeit des Beitritts feststellen lassen
 - Für die Dauer des Eilverfahrens Versorgung auf eigenes Risiko
 - Unsicherer Ausgang
 - Risiko Rückforderungen der Kassen
 - Übergangslösung mit der Kasse möglich?

Umgang mit unzulässigen/ kritischen Klauseln

- ➔ Mit der Krankenkasse über die unzulässigen Klauseln verhandeln?
 - gesetzlicher Anspruch auf Vertragsverhandlungen auch im Rahmen von Beitrittsverträgen
 - Beitritt unter Vorbehalt
- ➔ Aufsichtsbehörden einschalten?
 - Sinnvoll, aber effektiv genug?
- ➔ Einstweiliger Rechtsschutz vor dem Sozialgericht?
 - Keine Versorgungsberechtigung während des Verfahrens
 - Unsicherer Ausgang



Die Rechtsaufsicht der Krankenkassen



Aufsicht über die Krankenkassen

- ➔ Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie erfüllen die ihnen vom Gesetzgeber zugewiesenen Aufgaben grundsätzlich in **eigener Verantwortung**.
 - Sie unterliegen staatlicher Aufsicht.
 - Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht, das für die Krankenkasse maßgeblich ist (Rechtsaufsicht).
- ➔ Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
 - Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen.
 - Bundesunmittelbar sind Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt, z.B. Ersatzkassen
- ➔ Landesaufsicht (jeweilige Gesundheits- bzw. Sozialministerien der Länder)
 - Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich auf bis zu drei Bundesländer beschränkt ist, unterliegen der Landesaufsicht

Aufsicht über die Krankenkassen

- ➔ Ansprechpartner bei etwaigen Rechtsverstößen für
 - Versicherte
 - Leistungserbringer
- ➔ z.B. gibt das BAS mit Rundschreiben den Krankenkassen Handlungsempfehlungen und informiert über wichtige Rechtsauslegungen.

- ➔ Möglichkeiten der Aufsicht
 - Vorlage- und Auskunftspflichten der Krankenkassen ggü. Aufsicht
 - zunächst beratend, damit die Kasse die Rechtsverletzung beheben kann
 - Keine Erledigung innerhalb angemessener Frist, kann die Aufsichtsbehörde die Kasse verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben.
 - Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist.

Aufsicht über die Krankenkassen

§ 71 Abs. 6 SGB V

- Wird bei Verträgen nach § 127 SGB V das Recht erheblich verletzt, kann die Aufsichtsbehörde abweichend von § 89 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Vierten Buches alle Anordnungen treffen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind.
- Anordnung der Änderung oder Aufhebung des Vertrages, dann außerordentliches Kündigungsrecht
- Bei Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens insbesondere für die Belange der Versicherten, einstweilige Maßnahmen
- Zwangsgeld bis zu 10 Millionen Euro zugunsten des Gesundheitsfonds



Der Grundsatz der Beitragsstabilität



Grundsatz der Beitragssatzstabilität

➔ § 71 Abs. 1 S. SGB V

- *Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer **haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden**, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).*

Grundsatz der Beitragssatzstabilität

- ➔ Gilt für das gesamte Recht der Leistungserbringung
- ➔ Richtet sich an die Vertragspartner auf Seiten
 - der Krankenkassen und
 - der Leistungserbringer
 - gilt für alle Vertragsformen
- ➔ **Damit ist der Grundsatz der Beitragsstabilität auch beim Abschluss von Hilfsmittelverträgen zu berücksichtigen.**

Grundsatz der Beitragssatzstabilität

➔ Inhalt

- begrenzt das mögliche Maß der Vergütungserhöhungen
 - Änderungen der Vergütung in den Verträgen dürfen die vom BMG festgestellte Veränderungsrate nicht überschreiten
 - Die Vorschrift koppelt die Steigerung der Vergütungen an die Grundlohnsummenentwicklung und damit an die Entwicklung der Beitragseinnahmen.
- ➔ Führen höhere Preise tatsächlich zur Erhöhung der Beiträge?

Grundsatz der Beitragssatzstabilität

➔ **Problem**

- Berücksichtigung außergewöhnlicher Umstände wie Wegfall von Ausschreibungen, denen eine andere Kalkulation zugrunde liegt

➔ **Ausnahmen vom Grundsatz**

- wenn auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, die notwendige medizinische Versorgung nicht zu gewährleisten ist.
- wenn ohne Beitragserhöhungen der medizinische Fortschritt nicht mehr bezahlt werden kann
- Veränderungen in der Morbidität der Versichertenstruktur oder Kostenentwicklungen außerhalb des Verantwortungsbereiches der GKV (zum Beispiel Anstieg der Erwerbslosigkeit, schwache Konjunktur)

Grundsatz der Beitragssatzstabilität

➔ **Ausnahmen vom Grundsatz**

- wenn nur mit einer bestimmten Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer sichergestellt werden kann
 - Voraussetzung dafür ist aber, dass auch der Leistungserbringer Wirtschaftlichkeitsreserven hebt und seinen Betrieb wirtschaftlich führt
 - Annahme einer anderenfalls nicht mehr gewährleisteten medizinischen Versorgung muss substantiiert dargelegt werden
 - tragfähige Tatsachenfeststellungen, auf welcher Basis von einer nicht gewährleisteten medizinischen Versorgung ausgegangen wird
- ➔ Die bloße Behauptung der Gefahr von Versorgungslücken reicht ebenso wenig aus, wie die Berufung darauf, dass aufgrund der geringen Vergütung kein Anreiz zur Leistungserbringung bestehe.

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!**

Hackstein Reuter

R e c h t s a n w ä l t e

Jörg Hackstein

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Vergaberecht

Hackstein Reuter

Rechtsanwälte PartG mbB

Stockholmer Allee 18, 44269 Dortmund

Telefon 0231 / 58 68 23 80 | Telefax: 0231 / 58 68 23 89

hackstein@hackstein-rechter.de

www.hackstein-reuter.de