

Wer regelt die Hilfsmittel- Versorgung und worauf haben wir Stomaträger Anspruch?

Erstattung der gesetzlichen Krankenkassen von Stoma-Artikeln

Ganz gleich, ob nun eine ein-/ zweiteilige Stomaversorgung, Basisplatten, Beutel, Ringe/Pasten und anderes Zubehör, es handelt sich dabei immer „ **zum verbrauchbestimmte Hilfsmittel** “ auf die ein Anspruch nach [\(§33 SGB V\)](#) als Sachleistung besteht.

Als Sachleistung heißt im Fall für uns Stomaträger, dass wir keine Rechnung über die an uns gelieferten Hilfsmittel erhalten. Der Leistungserbringer, also das HomeCare- Unternehmen bzw. das Sanitätshaus, liefert uns im Auftrag der Krankenkassen, und rechnet auch mit diesen direkt ab. Denn die von uns benötigten Hilfsmittel werden von der Krankenkasse direkt bezahlt. Das Einzige, was wir zahlen müssen, ist die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung von 10€ im Monat, wer von der Zuzahlung befreit ist, zahlt nichts.

Zurzeit gibt es zwei Möglichkeiten mit der Stoma- Hilfsmittel Versorgung, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen üblich sind:

- Eine Auslieferung mit einer ärztlichen Verordnung, mit Abrechnung zu Festbeträgen. Heißt, jede Basisplatte, jeder Beutel, Ring etc.pp hat einen festen Betrag, und allen Leistungserbringern wird der gleiche Festpreis erstattet. Das war vor 2010 gängige Praxis, und heute nur eher ein Sonderfall.
- In den letzten Jahren haben fast alle der 118 gesetzlichen Krankenkassen Pauschalverträge ausgehandelt, dabei wird auf Basis von Durchschnittswerten (Mengen) errechnet, was ein **“Muster-Patient oder Standard-Patient“**, der einen Betrag von xyz... Eur/ Monat kostet. Diese Pauschalen können unterschiedlich hoch ausfallen, abhängig vom Verhandlungsgeschick der Partner, hinzu kommt der regionale Wettbewerb etc., liegen diese zurzeit im Durchschnitt bei knapp 200€. Die Kassen erstatten dem Versorger pro Stomaträger die monatlichen Pauschalen.

Eine andere Möglichkeit ist, die Versorgung, sowie Abrechnung über Monatspauschalen, deren Höhe aber, über eine vorherige Ausschreibung festgelegt wurde. Dadurch wird die Versorgung an den Leistungserbringer exklusiv vergeben, der die niedrigste Pauschale angeboten hat. Im Inkontinenz-Bereich ist diese Art von Ausschreibungen schon länger Praxis. Das führte aber zu deutlich niedrigeren Monatspauschalen, so wie zu erheblichen Einschränkungen in der Qualität der Hilfsmittel, und zu noch deutlicheren Einschränkungen im Service. Aktuell hat die KKH im April diesen Jahres beschlossen, dies auch für bei ihren versicherten Stomaträger/-innen anzuwenden, und zu versorgen.

Wahlrecht der Hilfsmittel

Unser Hausarzt stellt uns eine Hilfsmittel- Verordnung aus, die wir bei unserem HomeCarer oder Sanitätshaus einreichen können. Welche Stoma-Versorgungsartikel letztlich dann

geliefert werden, entscheiden wir alleine, oder gemeinsam, mit unserem HomeCarer, oder Sanitätshaus. Wir haben dabei einen Anspruch auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittel- Versorgung nach (§12 (1) SGB V), somit auch einen Anspruch auf die Stoma- Artikel, die wir tatsächlich für unsere ganz individuelle Stomaversorgung benötigen. Weder die Krankenkassen, noch der MDK, und schon gar nicht der Versorger, können uns eine spezielle Marke, noch spezielles Produkt, einseitig vorschreiben. Der Anspruch auf eine individuelle, ausgesuchte Hilfsmittel- Verordnung wurde schon mehrfach durch das Bundessozialgericht so bestätigt.

„Wirtschaftliche Aufzahlung“ und Mengeneempfehlungen

Was tatsächlich an Stoma- Artikeln benötigt wird, hängt immer von der individuellen Situation ab. Die Monats- Pauschalen, werden anhand von Durchschnittsmengen, im Auftrag der Krankenkassen durch den MDK ermittelt. Damit wird der Bedarf des „**Muster- Patienten**“ festgestellt, und dient auch als Grundlage, für die Preiskalkulation der Leistungserbringer (HomeCarer und Sanitätshäuser). Bei einem höheren Verbrauch, darf kein Aufschlag erhoben werden, denn für einen niedrigeren Bedarf, gibt es ja schließlich auch keinen Rabatt. Diese sogenannten **“wirtschaftlichen Aufzahlungen”** für Stoma- Artikel, im Rahmen der Hilfsmittel- Versorgung, sind nicht erlaubt.

Die Wahl des HomeCare- Unternehmens und Sanitätshaus

Eine Versorgung mit Artikeln zur Stoma Versorgung, ist grundsätzlich nur über/ durch die Vertragspartner der Krankenkassen möglich. Es werden vor allem mit Sanitätshäusern und HomeCare- Unternehmen Verträge abgeschlossen. Auskunft über die Vertragspartner, bekommt man über die Krankenkasse. Unter allen Vertragspartnern, können wir unseren Versorger, (also Leistungserbringer) frei wählen. Selbst, wenn keiner der Vertragspartner in direkter Nähe unseres Wohnorts beheimatet ist, ist das auch kein Problem. Denn die Stoma- Artikel müssen ja nicht abgeholt werden, sondern werden nach dem sogenannten Sachleistungsprinzip frei Haus geliefert.

Was kann man tun, wenn es zu Problemen kommt?

Behauptet, beispielsweise euer Versorger, es sei eine bestimmte Menge, oder ein bestimmtes Produkt/ Marke, es könne oder dürfte nicht geliefert **werden weil...[.../]**: einfach an eure Kasse wenden, und den Versorger wechseln.

Auch wenn wir Stomaträger unsere Stomaversorgung im Sanitätshaus abholen, oder auch nach Hause geliefert bekommen, so sind wir im eigentlichen Sinn keine Kunden der Leistungserbringer. Denn wir sind Kunden unserer Krankenkasse. Funktioniert also die Versorgung durch den Leistungserbringer nicht ausreichend, ist unsere Krankenkasse der richtige Ansprechpartner, für Beschwerden.

Liegt unser individuelle Versorgungsbedarf erheblich über dem Durchschnitt des **“Muster-Patienten”**, und verlangt euer Leistungserbringer eine zusätzliche Zuzahlung (auch wirtschaftliche Aufzahlung genannt), oder er will die benötigte Stückzahl nicht liefern? Reicht es aus, wenn ihr eine ärztliche Bescheinigung mit einer entsprechender Begründung bei eurer Kasse vorlegt.

Es wird aber auch den ein oder anderen Fall geben, bei dem eine Änderung trotz allem ansteht, sei es nur, weil das „alte Modell“ (Stomaversorgung) nicht herges mehr hergestellt wird, oder etwa, wenn eine „Überversorgung“ vorliegt. Beispielsweise, wer bei einer Ileostomie bisher geschlossene Beutel verwendet hat, kann mit Ausstreifbeuteln ebenso gut, aber deutlich kostengünstiger versorgt werden.

Was ist aber, wenn ein Leistungserbringer nicht liefern kann, oder will? Liegt es immer am Versorger, der z.B. einen über dem Durchschnitt liegenden hohen Bedarf, bei nur wenigen eigenen Stoma-Patienten, nicht im Rahmen seiner Mischkalkulation ausgleichen kann. Sollte die Möglichkeit geprüft werden, ob nicht ein anderer Vertragspartner, seiner Krankenkasse, diese Lieferung übernimmt. Sollte das auch nicht klappen, kann dieser notfalls auch seine Kasse wechseln.

Eine Anmerkung zu Wechsel der Krankenkasse

Waren früher noch Betroffene, mit einer chronischen Krankheit, und/oder Behinderung bei den Kassen äußerst ungeliebt, hat sich das seitdem Inkrafttreten des Gesundheitsfonds positiv geändert. Denn den Kassen fließt für sie, aus eben diesem großen Gesundheitstopf, deutlich mehr zu, als für ihre gesunden Mitglieder.

Die Krankenkassen dürfen auch einen Antrag auf Mitgliedschaft nicht einfach ablehnen. Gut, dass deren Kapazitäten schon einmal kurzfristig überfordert sein können, so geschehen im Mai 2011, als wegen der Insolvenz der City BKK, allein in Berlin knapp 80.000 Kassenpatienten, und das waren vorwiegend ältere Menschen, die Schwierigkeiten hatten, eine neue Krankenkasse zu finden, war nur eine kurzzeitige Ausnahme, und sollte keinen abschrecken.

Denn wir sind Kunden unserer Krankenkasse, und wenn wir nicht mit der Leistung unserer Kasse, oder mit der Leistung ihrer Vertragspartner zufrieden sind, steht es uns frei, die Krankenkasse zu wechseln. Der Gesetzgeber hat diese Möglichkeit ausdrücklich geschaffen. Es entstehen uns auch keine Nachteile dabei, denn die Kosten für notwendige Behandlungen, Medikamente, Hilfsmittel etc. werden von allen Krankenkassen übernommen.