

Tit. 9 – § 127 Abs. 1, 2 und 3 [SGB V] - Verträge

Titel: Gemeinsame Verlautbarung zur Umsetzung des GKV-WSG im Hilfsmittelbereich

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 07o

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. 9 RdSchr. 07o – § 127 Abs. 1, 2 und 3 [SGB V] - Verträge

(1) Bei bestehenden Verträgen gilt das Prinzip der Vertragskontinuität. Die nach [jetzt] dem Recht bis 31. 3. 2007 geschlossenen Verträge gelten nach dem 1. 4. 2007 unverändert weiter. Dies gilt auch, wenn mit anderen Leistungserbringern als bereits existierenden Vertragspartnern neue Verträge nach § 127 Abs. 1 oder 2 SGB V . . . für vergleichbare Leistungen geschlossen werden und die Altverträge nicht vertragsgerecht gekündigt worden sind. Die Parteien können bestehende Verträge nur in beiderseitigem Einvernehmen ändern. Die Vorgaben des § 127 SGB V . . . sind dabei zu beachten. Sofern sich ein Leistungserbringer trotz geltenden Altvertrages an einer Ausschreibung beteiligt und den Zuschlag erhält, ersetzt der neue Vertrag den Altvertrag automatisch.

(2) Sofern ein Festbetrag gilt, können Verträge maximal in Höhe des Festbetrages vereinbart werden. Liegt der jeweilige Vertragspreis unter dem Festbetrag, ergibt sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers in diesen Fällen nicht aus dem Festbetrag, sondern ist entsprechend § 33 Abs. 7 SGB V . . . auf den Vertragspreis begrenzt. Die übergangsweise nach § 126 Abs. 2 SGB V . . . versorgungsberechtigten Leistungserbringer werden auf den niedrigsten Vertragspreis, den die einzelne Krankenkasse für eine vergleichbare Leistung mit einem anderen Leistungserbringer vereinbart hat, verwiesen.

(3) In den Verträgen sind die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen zu regeln. Um eine gleichmäßige Versorgung der Versicherten zu erreichen, sind mindestens die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in den Verträgen zu beachten.

(4) Aus dem Gesetzeswortlaut des § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V . . . ergibt sich, dass das Ausschreibungsinstrument vorrangig einzusetzen ist. Gemäß der Gesetzesbegründung sind bei den Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich die jeweils gültigen Vorschriften des Vergaberechts anzuwenden. Von einer Ausschreibung kann indessen abgesehen werden, sofern sie nicht zweckmäßig ist. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen gemäß § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V . . . in der Regel nicht zweckmäßig. Kommt die Kasse aus gutem Grund zu einer anderen Einschätzung, können sie dennoch durchgeführt werden.

(5) Ob eine Versorgung mit einem hohen Dienstleistungsanteil verbunden ist, kann pauschal nicht beantwortet werden. Bei der Bewertung, ob es sich um eine dienstleistungsträchtige Versorgung handelt, sind verschiedene Kriterien heranzuziehen. So ist beispielsweise zu prüfen, ob neben der standardmäßigen Auswahl, Anpassung und Abgabe des Hilfsmittels umfangreiche zusätzliche Arbeiten wie umfassende handwerkliche Zurichtungen, Nachbetreuungen oder nicht standardisierbare Anpassungen anfallen, die den Charakter der Gesamtleistung maßgeblich prägen. Dabei kommt es nicht auf den monetären Wert des Sach- oder Dienstleistungsanteils an. Beschränkt sich die Dienstleistung auf die bloße Beratung oder Aufklärung ist in aller Regel von der Sachgüterdominanz der Versorgung auszugehen.

(6) Weitere Ausnahmefälle für den Verzicht auf eine Ausschreibung können vorliegen, wenn es in strukturschwachen Regionen nur einen einzigen geeigneten Leistungserbringer gibt, der für den betreffenden

Bereich liefern kann. Eine weitere Ausnahme kann darin begründet sein, dass wegen eines besonders geringen Bedarfs der Aufwand des Ausschreibungsverfahrens in einem offensichtlichen Missverhältnis zu dem möglichen Ergebnis steht.

(7) Keine Ausnahme von dem grundsätzlichen Ausschreibungsgebot ergibt sich dagegen, wenn z. B. Verträge über Versorgungspauschalen abgeschlossen werden sollen. Der Zweck des § 127 SGB V , möglichst umfassend im Bereich der praktisch vorkommenden Hilfsmittelverträge eine Neuregelung zur Qualitätssicherung und zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu schaffen, bestätigt dieses Ergebnis. Das Ausschreibungsgebot gilt also grds. für sämtliche Vertragsformen.

(8) Die Krankenkassen haben insbesondere bei ausgeschriebenen Verträgen für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Dabei ist darauf zu achten, dass der Wettbewerb als solcher nicht auf Leistungsanbieter in bestimmten Bezirken auf Grund lokaler Präferenzen beschränkt werden darf. Um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, kann im Rahmen der vorgesehenen Vergabeverfahren die Bildung entsprechender Gebiets- und Teillose angezeigt sein. Ferner können auch Zusammenschlüsse von Leistungserbringern (Bietergemeinschaften) zur Teilnahme an einer Ausschreibung zugelassen werden.

(9) Eine Wohnortnähe wird unterstellt, wenn der Versicherte z. B. mit einem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb einer angemessenen Zeit den Leistungserbringer erreichen kann oder der Leistungserbringer vertraglich die Versorgung der Region vereinbart hat und den Versicherten nach Terminvereinbarung zu Hause aufsucht bzw. frei Haus beliefert. Die Wohnortnähe hängt insbesondere von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Produkten, die keinen Anpassungs- und Beratungsbedarf erfordern, ist eine Wohnortnähe des Leistungserbringers zum Versicherten auch dann gegeben, wenn eine zeitnahe Anlieferung bzw. Zusendung des Hilfsmittels gewährleistet ist. Dazu gehören insbesondere Verbrauchsmaterialien, die nachgeliefert werden.

(10) Wird ein Vertrag aus den vorgenannten Gründen nicht ausgeschrieben, wird er nach § 127 Abs. 2 SGB V . . . in der Regel durch Verhandlung geschlossen. Die Vertragsabsicht ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. Die Auswahl des Veröffentlichungsmediums steht der Krankenkasse frei. Bei der Auswahl von Publikationsmedien - wie z. B. Fachzeitschriften - ist darauf zu achten, dass damit die als Vertragspartner geeigneten Leistungserbringer umfassend erreicht werden. Erfolgt die Veröffentlichung ausschließlich in Lokalzeitungen, ist zu bedenken, dass lediglich ortsansässige Leistungsanbieter angesprochen werden. Dies kann geeignet sein, wenn es um ortsnahe Versorgungsgebiete geht oder das Versorgungsgebiet der Krankenkasse räumlich eng begrenzt ist. Die Bekanntmachung kann ergänzend auch auf der kasseneigenen Homepage im Internet erfolgen.

(11) Sind weder Verträge nach § 127 Abs. 1 noch nach Abs. 2 SGB V . . . möglich, erfolgt die Versorgung auf Basis einer Vereinbarung im Einzelfall gemäß § 127 Abs. 3 SGB V . . . Diese Versorgungsgrundlage stellt die Ausnahme dar.

(12) Die Verweisung der Versicherten auf Vertragspartner der Krankenkassen setzt voraus, dass diese über die zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer informiert werden. Wie im Einzelnen die Informationen zu erfolgen haben, ist gesetzlich nicht geregelt. Grds. erscheinen allgemeine Hinweise in Versichertenzeitschriften oder andere schriftliche Informationen für die Versicherten geeignet, wonach diesen anheim gestellt werden sollte, sich vor der Leistungsanspruchnahme bei der Krankenkasse über die lieferberechtigten Leistungserbringer zu erkundigen. Darüber hinaus kommen Informationen im Internet in Betracht.

(13) Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Nachfrage auch über die wesentlichen Inhalte der Verträge. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. Der Umfang der Informationspflicht beschränkt sich auf die Angaben, die für die Versorgung der Versicherten von Bedeutung sind. Beispielsweise sind diese auf Wunsch darüber zu informieren, welche Dienst- und Serviceleistungen vom Vertrag erfasst werden. Im Übrigen ist der sich aus den allgemeinen Rechtsvorschriften ergebende Vertrauensschutz der Leistungserbringer zu beachten.