

Vertragsdatenbanken/Hilfsmittelbranche

Herausforderung „Abrechnungs-Dschungel“

Vertragsdatenbanken im Hilfsmittelbereich sind heute Multitalente. Das müssen sie auch sein, um der durch pure Unübersichtlichkeit gekennzeichneten Vertragslandschaft noch Herr zu werden. MTD unterhielt sich mit Markus Kinkel, Geschäftsführer der Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH. Er kennt die Materie aus dem Effeff. Er skizziert, was eine Vertragsdatenbank leisten muss, spart aber auch nicht mit Kritik, was die Vertragslandschaft im Hilfsmittelbereich generell angeht.

Herr Kinkel, Sie sind ein ausgewiesener Experte in Sachen Vertragsdatenbanken. Seit wann beschäftigen Sie sich mit diesem Thema? Warum fasziniert Sie dieses Thema so?

Mit diesem Thema beschäftige ich mich seit nunmehr rund 20 Jahren. Seinerzeit hatten wir sowohl im Heil- als auch Hilfsmittelbereich bei jedem Kunden eine Primär- und eine Ersatzkassenpreisliste hinterlegt. Mit Zunahme der Verträge bzw. Preislisten wurde dieses Thema immer komplexer. Faszinierend daran ist, bei der absurd hohen Anzahl an Verträgen die Unmengen von Daten so zu verwalten, dass bei jedem Artikel in Verbindung mit der jeweiligen Krankenkasse und dem jeweiligen Kunden der richtige Vertrag mit den entsprechenden Werten ermittelt werden kann.

Welche Leistungs-Tools bot die erste Datenbank, die Sie aufgebaut haben? Welche Zielsetzungen waren seinerzeit damit verbunden?

Seinerzeit ging es nur darum, den richtigen Preis zu ermitteln oder den vom Kunden vorgegebenen Preis zu verifizieren. Insoweit handelte es sich um eine einfache Datenbank mit Positionsnummern und dazugehörigen Preisen. Da es pro Bundesland nur eine Liste für die Primärkassen gab und eine bundesweit gültige Liste für die Ersatzkrankenkassen, war die Datenbank überschaubar.

Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Meilensteine bei der Entwicklung von Vertragsdatenbanken für den Hilfsmittelbereich?

Der wichtigste Meilenstein war die flächendeckende Einführung der maschinenlesbaren Abrechnung nach § 302 SGB V. Damit wurde in Form des Leistungserbringergruppenschlüssels (LEGS) ein Rahmen vorgegeben, anhand dessen die einzelnen Verträge bezeichnet und somit auch entsprechend verwaltet werden können.

Ein weiterer markanter Punkt ist natürlich die Tatsache, dass die Krankenkassen begonnen haben, mit einzelnen Leistungserbringergemeinschaften einzelne Verträge für die jeweiligen Produktgruppen oder Versorgungsbereiche zu schließen.

Welche Trends prägen den Markt?

Der Trend geht leider unverändert dahin, immer noch mehr Verträge auf immer noch kleinerer Ebene zu vereinbaren. So schließen weiterhin einzelne Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringergemeinschaften für einzelne Produktgruppen unterschiedliche Verträge. Der Trend geht also weiter in Richtung Unübersichtlichkeit.

In der Praxis sieht das so aus, dass zum Beispiel einzelne BKKs heute schon gar nicht mehr wissen, welche Verträge sie abgeschlossen haben bzw. welchen Verträgen von GWQ oder SpectrumK sie beigetreten sind. Nicht selten ist auch die Konstellation, dass einzelne Krankenkassen an mehreren konkurrierenden Verträgen gleichzeitig teilnehmen.

Welche Besonderheiten zeichnen Vertragsdatenbanken im Hilfsmittelbereich aktuell aus?

Zum einen natürlich, dass im Hilfsmittelbereich neben den Positionsnummern noch eine Vielzahl an weiteren Werten verwaltet werden muss, wie Hilfsmittelkennzeichen, Produktbesonderheiten, Mehrwertsteuersätze, Kennzeichen für die Zuzahlung, Monatsbedarf, Versorgungspauschalen – um nur einige zu nennen.

Eine weitere Besonderheit des Hilfsmittelbereichs besteht darin, konkurrierende Verträge zu verwalten, das heißt, sie entsprechend zu priorisieren. So kann ein bestehender Vertrag für bestimmte Produktgruppen noch gelten, während es für andere Produktgruppen desselben Vertrags bereits neue Verträge gibt.

Was müssen diese Datenbanken leisten, wo stoßen sie an Grenzen?

Entscheidend ist immer noch die Ermittlung des richtigen Preises, denn am Ende geht es für den Kunden um die korrekte Vergütung seiner Leistung. Das tun wir mittlerweile unter Einbeziehung aller vorher genannten Kennziffern. Denn die Krankenkassen bezahlen nur, wenn neben dem Preis auch alle übrigen Angaben im Rahmen der Abrechnung korrekt mit angegeben werden.

An Grenzen stößt eine Vertragsdatenbank, wenn in den Verträgen unterschiedliche Preise für ein und dieselbe Positionsnummer vereinbart werden, ohne ein entsprechendes Differenzierungsmerkmal festzulegen.

Ein Beispiel: Für einen Badewannenlifter mit einer Positionsnummer werden zwei unterschiedliche Preise vereinbart, je nachdem ob der Versicherte unter oder über 120 kg wiegt. Aber es werden keine entsprechenden Ziffern für die beiden Produktbesonderheiten festgelegt. In der zehnstelligen Ziffer „Produktbesonderheit“ können theoretisch 10 Mrd. unterschiedliche Werte für Besonderheiten definiert werden, doch leider sehen wir immer wieder, dass dieses wichtige Differenzierungsmerkmal in den Verträgen fehlt.

Hier stößt auch eine moderne Vertragsdatenbank an ihre Grenzen. Der korrekte Preis kann nicht automatisiert ermittelt werden. In diesen Fällen kontaktieren wir den Leistungserbringer direkt und fragen nach. Das bedeutet Zeitaufwand auf beiden Seiten.

Wo haben Leistungserbringer aus Ihrer Erfahrung die größten Probleme beim Thema Verträge?

Mit den gängigen Artikeln bei der örtlichen AOK können die Leistungserbringer meist einigermaßen umgehen, sofern nicht gerade ein neuer Vertrag ausgehandelt wurde.

Schwierig bis katastrophal wird es, wenn Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und die Knappschaften ins Spiel kommen oder weniger gängige Artikel bei den Ersatzkrankenkassen. Dann muss der Leistungserbringer oft erst einmal nachschauen, ob er überhaupt einen Vertrag hat, der ihn berechtigt, den Artikel abzugeben; oder er muss überlegen, zu welchem Vertragsverbund diese BKK gehört – zur GWQ, zu SpectrumK oder doch zum Landesverband der Betriebskrankenkassen? Ist es der OT1, OT2 oder doch ein ganz anderer, vielleicht neuer Vertrag?

Ganz allgemein ist es die Vielzahl an Verträgen und die noch immer bestehende Vielzahl an Krankenkassen, die es den Leistungserbringern schwer macht, den richtigen Vertrag und somit Preis zu ermitteln. Die Folgen sind bekannt: Falsche Preise in der Abrechnung führen zu entgangenen Einnahmen oder sogar Absetzungen, die wieder neuen Verwaltungsaufwand nach sich ziehen.

Warum ist das Thema Verträge im Hilfsmittelbereich so komplex?

Ich denke, das Thema hat sich verselbstständigt. Aktuell verwalten wir im Hilfsmittelbereich über 4.000 Verträge. Teilweise fühlen sich noch so kleine Krankenkassen bemüht, für alle möglichen Produktgruppen separate Verträge zu schließen. Der Sinn dahinter hat sich mir noch nicht erschlossen.

Wenn ich mir anschau, dass wir für simple Gehstützen bundesweit über 350 Preise verwalten, kann ich mich nur wundern. Selbst für eine größere BKK ist es doch zu vernachlässigen, ob die Gehstützen 10,90 oder 11,00 Euro kosten. Selbst wenn eine solche Krankenkasse jeden ihrer Versicherten mit Gehstützen ausstatten würde, wären die Vertragsverhandlungen mit allem, was dazugehört, vermutlich teurer als die entsprechende Ersparnis im Vertragspreis.

Was bedeutet es heute, eine Vertragsdatenbank zu pflegen und aktuell zu halten? Wie hoch ist der Aufwand?

Es steckt ein erheblicher Aufwand dahinter. Wir haben ein Team von acht Mitarbeitern, die sich ausschließlich um die Verträge kümmern. Da Verträge von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich aufgebaut und teilweise sehr umfangreich sind, braucht es schon einiges an Erfahrung, die entsprechenden Informationen aus dem Vertrag zu lesen. Wir beschäftigen hierfür sogar Juristen.

Was können Dienstleister tun, um Leistungserbringer wie auch Kostenträger beim Thema Vertragsmanagement zu unterstützen?

Oftmals wäre es sinnvoll, man würde uns die Verträge vorlegen, bevor sie geschlossen werden. Es kommt leider nicht selten vor, dass Verträge geschlossen werden, die abrechnungstechnische Regelungen enthalten, die entweder gar nicht umsetzbar sind oder für alle Beteiligten erheblichen Aufwand bedeuten. Hier könnten wir als Dienstleister im Vorfeld darauf hinweisen und praktikablere Lösungen vorschlagen.

Was kann der Leistungserbringer tun, um das Thema Verträge im eigenen Betrieb möglichst reibungslos und effizient zu handhaben?



Markus Kinkel.

Foto: Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH

Ein Sanitätshaus muss heute in der Regel 100 bis 150 Verträge „leben“. Das bedeutet, es muss sich mit rund 1.000 Positionsnummern auskennen und dafür sorgen, dass alle Vertragsdaten immer aktuell sind. Verträge bzw. Preislisten in einer Branchensoftware selbst zu erfassen, bringt einen enormen Zeitaufwand mit sich. Auch Updates mit neuen Preisen sind im Handling nicht so einfach, zumal hier meist ein zeitlicher Verzug eintritt. Darüber hinaus ist es für den Leistungserbringer schon fast unmöglich, sicherzustellen, rechtzeitig über alle Vertragsänderungen informiert zu sein.

Tatsächlich kann ich jedem Leistungserbringer hier nur empfehlen, sich einem Dienstleister anzuvertrauen, der die aktuellen Verträge in einer Cloud-Lösung zur Verfügung stellt. Nur damit ist gewährleistet, dass man immer über die aktuellen und richtigen Verträge und somit Vertragspreise verfügt.

Wie sollten aus Ihrer Sicht Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern idealerweise geschlossen und gemanagt werden?

Eine Institution, stellvertretend für alle Krankenkassen, und eine Institution, stellvertretend für alle Leistungserbringer, schließen Verträge mit bundesweiter Gültigkeit. Das entspräche in etwa den aktuell noch teilweise geltenden Festbetragsregelungen.

Herr Kinkel, danke für das Gespräch.

wds