



Stellungnahme der f.m.p. zur aktuellen Situation der Hilfsmittelversorgung und der Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns

Hände weg von bewährten Vertrags- und Versorgungsstrukturen

Mit Unverständnis reagiert die Fachvereinigung Medizin Produkte (f.m.p.) auf das jüngst vom GKV-Spitzenverband vorgelegte Positionspapier zur künftigen Ausgestaltung der Hilfsmittelversorgung. Es handle sich hier um partiell nicht haltbare und realitätsferne Aussagen. Diesen widerspricht die f.m.p. vehement.

Auf den Hilfsmittelsektor entfallen hinsichtlich der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aktuell (1. Quartal 2023) ca. 4 Prozent und damit 2,69 Mrd. Euro. Damit ist dieser Sektor einer der kleinsten Ausgabenblöcke im GKV-System. Zum Vergleich (1. Quartal 2023): Krankenhausbehandlung 22,94 Mrd. Euro, Arzneimittel 12,33 Mrd. Euro, ärztliche Behandlung 11,99 Mrd. Euro, Netto-Verwaltungskosten 3,15 Mrd. Euro. Im Übrigen ist auch die nominelle Steigerung der Hilfsmittelausgaben in der letzten Dekade eine der geringsten in der GKV-Ausgabenlandschaft.

Trotz dieser geringeren Bedeutung in der Ausgabenstatistik der GKV ist der Hilfsmittelbereich einer der am häufigsten gesetzgeberisch gestalteten Bereiche überhaupt. Dies liegt u. a. an der großen Bedeutung der Hilfsmittel mit Blick auf das therapeutische Spektrum der Ärzteschaft, aber auch an der subjektiven Wahrnehmung der Patienten, die sehr sensibel auf eine gute oder eben auch schlechte Qualität in der Versorgung reagieren.

Darüber hinaus führte und führt das Agieren der Krankenkassen im Hilfsmittelsektor wiederholt zu erheblichen Konflikten zwischen den Krankenkassen auf der einen sowie Patienten, Ärzteschaft und Leistungserbringern auf der anderen Seite. Zentraler Punkt bei all diesen Konflikten war und ist das Bestreben von Kassenseite, angebliche wirtschaftliche Einsparungen einseitig zu Ungunsten von Qualität und Zweckmäßigkeit der Versorgung zu überhöhen.

Damit einher ging und geht das Bestreben der Krankenkassen, quasi allein über den Rahmen und die Gestaltung von Verträgen und die Auswahl von Vertragspartnern bestimmen zu können. Dieses Bestreben fand seinen Höhepunkt in der Ausgestaltung von Ausschreibungsverträgen und endete damit auch gleichzeitig in einer Sackgasse. Die Vielzahl an Beschwerden und Problemen in der Umsetzung bewog seinerzeit den Gesetzgeber, diese Vorgehensweise einzustellen und stattdessen auf ein Vertragsmodell in der heutigen Ausgestaltung des § 127 SGB V zu setzen.

Marktkonzentration: Alles hat eine Vorgeschichte ...

Die von Seiten der Krankenkassen beständig geführte Klage, es gebe eine zu große Konzentration auf Leistungserbringerseite ist einseitig und im Kern falsch. Zunächst sei darauf hingewiesen, dass die erste Form einer Interessenbündelung auf Krankenkassenseite erfolgte – in Gestalt der „ARGE vdek“. Hier sahen sich plötzlich die einzelnen Unternehmen und Verbände der Leistungserbringer einer Marktmacht gegenüber, die annähernd die Hälfte der Versicherten der Bundesrepublik bündelte. Ebenso gibt es aktuelle Initiativen, die als „AOK-ARGE“ in bestimmten Produktbereichen auftreten und hier mit erheblicher Nachfragemacht in nahezu der gesamten AOK-Landschaft agieren und natürlich einen erheblichen Preisdruck entfalten. Zusammenschlüsse der Leistungserbringer und ihrer Organisationen sind daher immer als Reaktion auf die Bildung solcher „Nachfragekartelle“ zu werten.

Qualitätsverträge rechtfertigen höhere Preise

Die von Kassenseite immer wieder prognostizierte hohe Einsparquote durch Ausschreibungsverträge ist nicht bewiesen und die angeführten Zahlen sind häufig aus dem Zusammenhang gerissen. Dabei ist festzustellen, dass das zitierte Zahlenmaterial und die kolportierten Steigerungsraten fehlerhaft sind und Prozesse der Oligopolbildung und sowie gravierenden Defizite in der Patientenversorgung (zu Zeiten der Ausschreibungsära) offenbar bewusst in der Darstellung ausgeblendet werden. Vielmehr ist es Realität, dass in den allermeisten Verträgen nach 2019 erheblich verbesserte Qualitätskriterien Einzug gehalten haben und auch umgesetzt werden. Vielfältige Evaluierungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen belegen dies. Das häufig zitierte Beispiel der TENS-Geräte für eine erhebliche Preiserhöhung in den letzten Jahren ist stattdessen ein guter Beleg für das Gelingen dieses Prozesses. Die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, mit hohen Zufriedenheitsraten der Patienten, ist hier durch Patientenbefragungen mehrseitig bewiesen.

Qualitätswettbewerb nicht torpedieren

Weiterhin kann von einer Unterbindung des Wettbewerbs keine Rede sein. Der aktuelle rechtliche Rahmen schließt keine Konstellation der Vertragsgestaltung aus. Das von den Krankenkassen geforderte Recht zum Vertragsschluss mit einzelnen Leistungserbringern, Verbänden oder Zusammenschlüssen ist bereits heute Realität und bedarf keiner weiteren Gestaltung.

Ein Kernelement des § 127 SGB V ist die Herstellung von gleichen Wettbewerbsbedingungen für alle teilnehmenden Leistungserbringer. Die geforderte Abschwächung des Transparenzgebotes auch bei den zu veröffentlichenden Inhalten würde dieses Kernelement beeinträchtigen und wahrscheinlich eine ganze Reihe von gerichtlichen Überprüfungen nach sich ziehen – mit nicht absehbaren Folgen und Verzögerungen in der Patientenversorgung.

Rote Karte für Ausschreibungen

Die Behauptung, die endlich eingeführte, regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sei Garant für einen qualitativ hochwertigen Ausschreibungsprozess ist nicht glaubwürdig und schon gar nicht in der Praxis belegt. Die vielen nachteiligen Elemente dieses Instrumentes (Ausschreibungen) für die Patientenversorgung sind dagegen belegt und führten folgerichtig 2019 zur Abschaffung und Neufassung des § 127 SGB V im Rahmen des TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz). Die im Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Untermauerung der aufgeworfenen Forderung „Zurück zu Ausschreibungen“ angeführten Argumente sind also insgesamt nicht tragfähig.

Schiedsverfahren: Aktuelle Regelungen haben sich bewährt

Mit großem Erstaunen haben wir weiterhin die Ausführungen zu den Schiedsverfahren zur Kenntnis genommen. Die dort geschilderten Vorgehensweisen von Leistungserbringern sind uns nicht bekannt. Vielmehr sind Schiedsverfahren bisher das letzte Mittel der Wahl, um Krankenkassen, die sich einem marktgerechten Vertragsschluss mit überzogen niedrigen, eigenen Forderungen entgegen stellen, zu einer Einigungsbereitschaft zu bewegen. Natürlich müssen Schiedssprüche von beiden Seiten anerkannt und in Verträgen nach §127 SGB V umgesetzt werden. Die Forderung, dass keine Schiedsverfahren durchgeführt werden können, wenn bereits Verträge existieren, läuft insgesamt ins Leere. Dort, wo bereits ein ausdifferenziertes Portfolio oder auch nur einzelne Verträge existieren, würde diese Forderung automatisch die Intention des Gesetzgebers konterkarieren und Schlichtungen unmöglich machen. Wir lehnen daher diese Forderung ab und plädieren ausdrücklich für die Beibehaltung der gesetzlichen Regelungen zu den Schlichtungsverfahren.

Mehrkostenregelung

Zur Qualitätssicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und angemessenen Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln gehört eine hinreichende Überprüfung der eingegangenen wechselseitigen Verpflichtungen von Krankenkasse und Leistungserbringern. Eine Verengung nur auf die kassenseitige Überprüfung der Mehrkostenregelungen halten wir für nicht ausreichend. Daher sind wir für die Beibehaltung und Nutzung des gesamten Repertoires an Überwachungsinstrumenten. Nur so wird die Erstellung eines differenzierten Bildes zur qualitativen Situation der Hilfsmittelversorgung und der Einhaltung der geltenden Verträge möglich sein. Zum Thema Mehrkostenregelungen verweisen wir auf den Artikel unseres Vorsitzenden Patrick Kolb in der Ausgabe 11/2022 des Fachmagazins MTD Medizintechnischer Dialog.

Betreiberpflichten

Die aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen zur Erfüllung der Betreiberpflichten halten wir für praktikabel und zielführend. Die rechtlich sichere Umsetzung der daraus resultierenden Verpflichtungen für die Krankenkassen und deren Umsetzung durch Leistungserbringer ist mittlerweile Routine und hinreichend beschrieben und organisiert. Der positive Effekt, den eine solche einheitliche Regelung für die Produkt- und Versorgungsqualität entfaltet, ist ein direktes Gut für die Versicherten, aber auch für die Leistungserbringer im Sinne von gleichen Wettbewerbsbedingungen. Von einer Unmöglichkeit der Umsetzung durch Leistungserbringer ist uns nichts bekannt. Wir plädieren daher für eine Beibehaltung der geltenden gesetzlichen Regelungen zu den Betreiberpflichten.

Präqualifizierung

Den Auffassungen des GKV-Spitzenverbandes zu den Präqualifizierungsaufgaben können wir uns vollumfänglich anschließen.

Schlussfolgerung

Mit Blick auf die hier dargestellte Sachlage lehnt die f.m.p. daher eine erneute Reform der Gesetzgebung zur Hilfsmittelversorgung ab und plädiert stattdessen für eine weitere Umsetzung der aktuellen gesetzlichen und sonstigen regulatorischen Vorgaben.

f.m.p.

FACHVEREINIGUNG MEDIZIN PRODUKTE E.V.



Richard-Byrd-Str. 43A
50829 Köln
Nordrhein-Westfalen
Deutschland



fmp@verbandsbuero.eu



02 21 / 2 40 78 45



02 21 / 5 99 98 26