

Argumentation des GKV-Spitzenverbandes hinterfragt

Gibt es wirklich eine Preisspirale im Hilfsmittelbereich?

In seinem Positionspapier zu den Voraussetzungen für eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung prangert der GKV-Spitzenverband die erheblichen Kostensteigerungen im Hilfsmittelbereich an und fordert vom Gesetzgeber „wirksame Wettbewerbsinstrumente, um die durch fehlenden Anbieterwettbewerb entstandene Preisspirale nach oben zu begrenzen“. In diesem Zusammenhang wird der Ruf nach einer „Wiedereinführung der Ausschreibungen als eines der wichtigsten Wirtschaftlichkeitsinstrumente im Hilfsmittelbereich“ laut. – Hierüber diskutiert MTD mit den Vertragsmanagern Thomas Piel und Toni Zamzow sowie mit den Juristinnen Bettina Hertkorn-Ketterer und Anja Faber-Drygala von den Leistungserbringergemeinschaften Sanitätshaus Aktuell und Reha Service Ring.

Das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes liest sich dramatisch: Nach dem Wegfall der Ausschreibungen seien die Preise für Hilfsmittel in die Höhe geschneit, bei TENS-Geräten hätten sich die Preise vervier- oder verfünffacht, in mehreren Produktbereichen würden sogar Preisanhebungen von bis zu 800 Prozent von Leistungserbringerseite gefordert. – Herr Piel, Sie und Ihr Team verhandeln für RSR und Sanitätshaus Aktuell nicht nur Versorgungsverträge mit Krankenkassen, sondern bieten über das Vertragsportal auch eine gute Übersicht der vorhandenen Hilfsmittelverträge. Können auch Sie diese dramatische Kostenentwicklung nach Wegfall der Ausschreibungen und Einführung der Verhandlungspflicht feststellen?

Thomas Piel: Leider bleibt der GKV-Spitzenverband uns die Antwort schuldig, in welchen Bereichen Preisanhebungen von 800 Prozent und mehr gefordert werden. Wenn er auf die TENS-Geräte abstellt, so muss man konstatieren, dass es sich bei diesen Geräten um reine Nischenhilfsmittel handelt, die keinerlei Auswirkungen auf die Gesamtausgaben im Hilfsmittelbereich haben. Insofern halten wir diese Angaben für reine Polemik und nicht sehr seriös.

Wenn man die Ausgabenentwicklung von Hilfsmitteln anhand der allgemein zugänglichen Grafiken (Statista, GKV-Spitzenverband) von 2006 bis 2022 betrachtet, so kann man weder durch die Einführung der Ausschreibung (2007) noch nach Abschaffung der Ausschreibung (2019) einen besonderen Einschnitt in der Gesamtausgabenentwicklung von Hilfsmitteln erkennen.

Die Ausgaben für Hilfsmittel von 2006 bis 2022 sind im Schnitt jährlich um 4,36 Prozent gestiegen. Ausschläge nach oben wie z. B. von 2013 auf 2014, in denen die Ausgabensteigerung auf 9,41 Prozent anwuchs, gab es auch in der Ausschreibungsära (Abb. 1 und 3). Vergleicht man die durchschnittlichen jährlichen Steigerungsraten der Hilfsmittelausgaben in den letzten vier Jahren (2019 bis

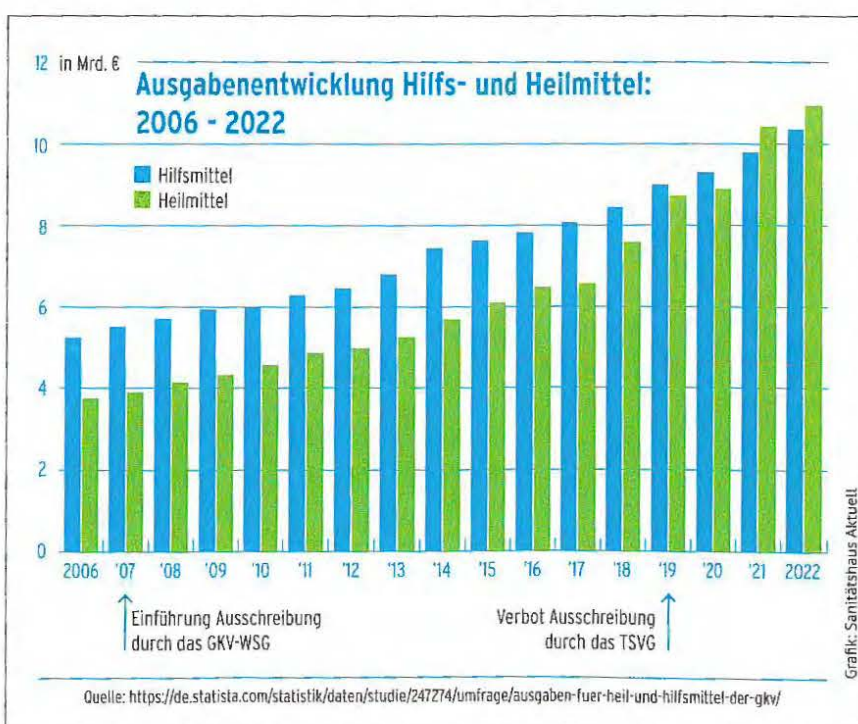


Abb. 1

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2023 (in Milliarden Euro)

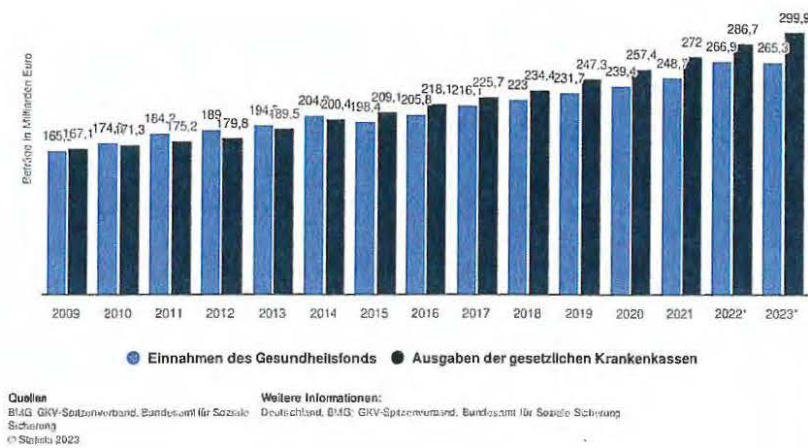


Abb. 2

2022) mit der durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate während der Ausschreibungsära (2007 bis 2018), so beträgt die Abweichung gerade mal 1 Prozent. – Dramatisch würde ich das nicht nennen.

Anja Faber-Drygala: Auch wenn man die Gesamtausgaben für Hilfsmittelversorgungen den Gesamtausgaben der GKV gegenüberstellt, so halten sich die Ausgabensteigerungen im Rahmen. Zwischen 2012 und 2022 sind die Ausgaben für Hilfsmittel um rund 60 Prozent gestiegen, aber im gleichen Umfang haben sich auch die Gesamtausgaben der GKV erhöht (Abb. 1 bis 4).

Betrachtet man nur den Zeitraum von 2018 bis 2022, so liegt die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der Hilfsmittelausgaben mit 5,26 Prozent nahezu auf dem gleichen Niveau wie die Entwicklung der gesamten Leistungsausgaben der GKV von plus 4,93 Prozent.

Toni Zamzow: Bei der Diskussion der Mehrausgaben darf man den Gesamtkontext nicht außer Acht lassen. Ein Beispiel: 2022 betrug die Ausgabensteigerung bei Rehabilitationshilfsmitteln 8,48 Prozent. Das hört sich in der Tat gravierend an. Berücksichtigt man jedoch die geringe Ausgabenentwicklung in den Vorjahren und den Ausgabeneinbruch im Jahr 2020

(Abb. 5), so lässt sich der Nachholeffekt leicht erklären.

Insgesamt beträgt die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der Ausgaben in dem früher als ausschreibungs-trächtig geltenden Bereich der Rehabilitationshilfsmittel in den letzten vier Jahren mit Ausschreibungsverbot gerade mal 3 Prozent und liegt damit erheblich unter den durchschnittlichen Steigerungsraten sowohl der Hilfsmittelgesamtausgaben als auch der GKV-Gesamtleistungsausgaben.

Bettina Hertkorn-Ketterer: Dass im Gesundheitswesen und auch im Hilfsmittelbereich Kostensteigerungen vorliegen, hat mit dem Thema „Ausschreibungen“ nichts zu tun. Vielmehr basiert die Kostensteigerung auf anderen Faktoren. In erster Linie ist hier die Demografie zu nennen. Es ist allgemein bekannt, dass die Bevölkerung immer älter wird. Betrug der Anteil der über 65-Jährigen 2007 laut Statistischem Bundesamt noch ca. 20 Prozent, so lag der Anteil 2022 bereits über 22 Prozent. Tendenz steigend. Von daher steigt die Fallzahl der Hilfsmittelversorgungen stetig.

Interessant sind hier auch die Daten, die der GKV-Spitzenverband in seinem Mehrkostenbericht veröffentlicht. Für die Jahre 2021 bis 2022 wird hier ein Anstieg

der Versorgungsfälle von 29,2 Mio. auf 30 Mio. und ein Ausgabenrückgang von ca. 10 Mrd. auf ca. 9,8 Mrd. angegeben. – Da fragt man sich schon, wie das mit



Foto: RSR

Thomas Piel.



Foto: Sanitätshaus Aktuell

Anja Faber-Drygala.



Foto: RSR

Toni Zamzow.



Foto: Kanzlei Hertkorn-Ketterer

Bettina Hertkorn-Ketterer.

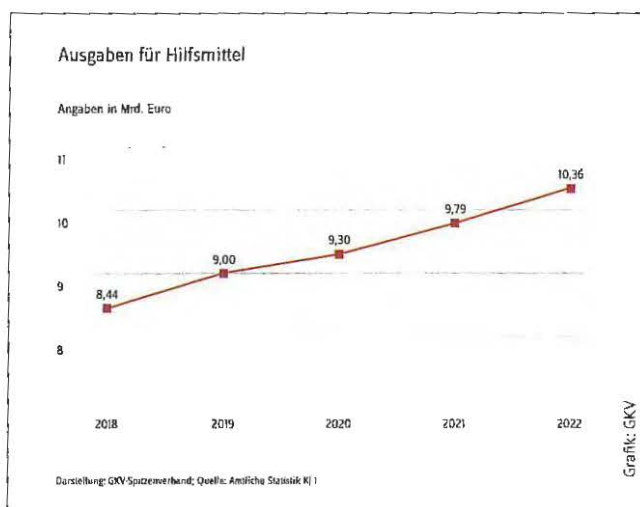


Abb. 3

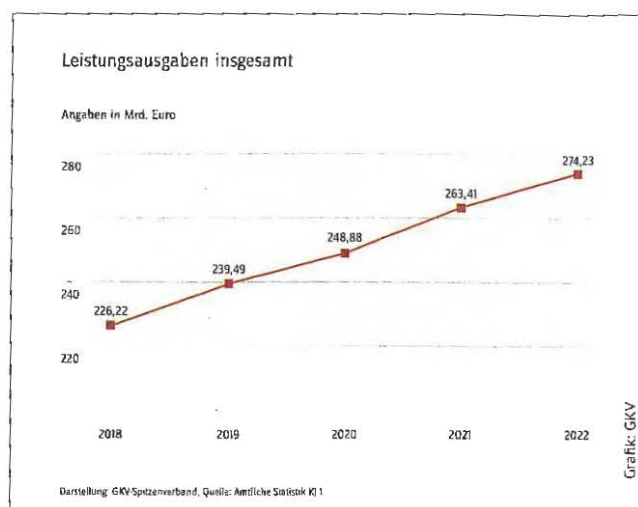


Abb. 4

der angeblichen „Preisspirale“ in Zusammenhang gebracht wird.

Toni Zamzow: Wir müssen auch zur Kenntnis nehmen, dass aktuelle Krisen zu notwendigen Preisanpassungen führen. So ist z. B. der Verbraucherpreisindex von Januar 2020 bis Januar 2021 um 1,2 Punkte gestiegen, von Januar 2021 bis Januar 2022 hingegen ist bereits eine Erhöhung um 4,2 Punkte und von Januar 2022 bis Januar 2023 sogar eine Erhöhung von 9 Punkten festzustellen. Der Erzeugerpreisindex ist im Zeitraum Mai 2020 bis September 2022 um über 69 Punkte angestiegen – eine nie dagewesene Steigerung.

Hinzu kommen Steigerungen für Löhne und Gehälter, Rohstoffe sowie Transport- und Logistikkosten, die hinlänglich bekannt sind.

Anja Faber-Drygala: Und, im Rahmen der Kostenverursachung, dürfen auch die vom Gesetzgeber eingeführten Aufwendungen nicht vergessen werden, die sich auf administrative Aufgaben beziehen. Als Beispiel können hier die zusätzlichen Aufgaben aus der MDR und der Medizinproduktebetriebsverordnung genannt werden. Dadurch wird den Leistungserbringern ein deutliches Mehr an Dokumentationsaufgaben übertragen, die finanziell ausgeglichen werden müssen.

Wir sehen also, dass die Hilfsmittelpreise von vielerlei Faktoren abhängig

sind. Umso erstaunlicher ist es, dass die Ausgabenentwicklung im Bereich der Hilfsmittelversorgung seit Jahren und auch nach Beendigung der Ausschreibungen weitestgehend stabil blieb.

Ihr Fazit ist also, dass „Ausschreibungen eben nicht die Grundlage für eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung“ bilden, wie es das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes darstellt.

Thomas Piel: Betrachtet man isoliert das Einzelprodukt oder die Einzelversorgung, so können Ausschreibungen kurzfristig zu einer Reduktion der Versorgungspreise führen, da Bieter z. T. aus Marktverdrängungsabsicht mit sog. „Kampfpreisen“ ins Rennen gehen. Es gibt auch Leistungserbringer, die bei Ausschreibungen besonders günstige Preise platzieren, um einen exklusiven Zugang zu den Versicherten mit der Möglichkeit des Upgradings (wirtschaftliche Aufzahlungen) und Cross-Sellings zu erhalten und so den Ausschreibungspreis quer zu subventionieren. Man denke an die einstigen 0-Euro-Gebote bei den Inkontinenz Ausschreibungen.

Eine spürbare Auswirkung der Ausschreibungsoption auf die Gesamtausgaben im Hilfsmittelbereich und auf die Gesamtausgaben der GKV insgesamt kann ich zumindest aus den Zahlen der Vergangenheit nicht herauslesen.

Anja Faber-Drygala: Gerade am Beispiel der Pauschalen für saugende Inkontinenzprodukte, ein Versorgungsbereich, für den Krankenkassen besonders früh und häufig in der Vergangenheit Ausschreibungen platziert haben, erkennt man deutlich den Zusammenhang von „Kampfpreisen“ und der Zunahme von wirtschaftlichen Aufzahlungen (Abb. 6). Und selbst heute, vier Jahre nach Verbot der Ausschreibungen, hat man es nicht geschafft, in diesem Bereich wieder zu marktgerechten Preisen zurückzukehren. Vielmehr hat sich der Bereich der saugenden Inkontinenz als „Aufzahlungsmarkt“ etabliert, in dem die aufzahlungsbereiten Kunden die Versorgung der übrigen Kunden quersubventionieren.

Selbst der Bundesrechnungshof hat bereits 2016 in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der GKV festgestellt, dass für eine Inkontinenzversorgung bei mittlerer Inkontinenz monatlich mindestens etwa 32 Euro aufzuwenden sind. Insofern versteht sich von selbst, dass die derzeit von einzelnen Krankenkassen vereinbarten Monatspauschalen von rund 11 Euro unauskömmlich sind.

Thomas Piel: Die Praxis hat gezeigt, dass eine Verpflichtung zum Angebot eines oder mehrerer aufzahlungsfreien Produkte die Gefahr der Aushöhlung des Sachleistungsprinzips nicht besei-

tigt. Nach dem Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes sind derzeit rund 80 Prozent der Hilfsmittelversorgungen mehrkostenfrei. Wenn das so bleiben soll, benötigen wir auskömmliche Preise.

Toni Zamzow: Und noch ein Aspekt spricht gegen die Wiedereinführung der Ausschreibungsoption: Die Erfahrungen mit Ausschreibungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass durch die Einschränkung der versorgungsberechtigten Leistungserbringer in den unterschiedlichen Produktbereichen die Koordinierung der Hilfsmittelversorgung insgesamt erschwert wird.

Gerade multimorbide Hilfsmittelnutzer haben ein großes Interesse, die Hilfsmittelversorgung aus einer Hand zu erhalten. Vor allem bei Krankenhausentlassungen, bei denen eine zügige Anschlussversorgung mit Hilfsmitteln auch zur Reduktion der Krankenhausaussgaben sichergestellt sein muss, war die Auftei-

lung von entlassrelevanten Hilfsmittelversorgungen auf mehrere unterschiedliche Leistungserbringer mit enormen Reibungsverlusten verbunden.

Bettina Hertkorn-Ketterer: Nach meiner festen Überzeugung gelten die Gründe auch heute noch, die dazu geführt haben, dass die Ausschreibungen gestrichen wurden.

Ich zitiere gerne aus der Gesetzesbegründung zum TSVG (Bundestags-Drucksache 19/8351): „Um den negativen Auswirkungen von Ausschreibungsverträgen der Krankenkassen auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) den Krankenkassen und Leistungserbringern verschiedene Vorgaben zu einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten beim Abschluss von Verträgen zur Hilfsmittelver-

sorgung gemacht. (...) Zwischenzeitlich hat sich aber gezeigt, dass die praktische Umsetzung des Gesetzes vielfach nicht den Zielen des Gesetzgebers entspricht. Zu dem erhofften Qualitätswettbewerb im Rahmen von Ausschreibungen ist es nicht gekommen. Angesichts der nach wie vor bestehenden Risiken durch Ausschreibungen für die Versorgungsqualität wird die Ausschreibungsoption in § 127 Absatz 1 aufgehoben.“

Ich glaube nicht daran, dass sich diese Qualitätsdefizite bei einer erneuten Einführung der Ausschreibungsoption plötzlich in Luft auflösen werden.

Wie kann man Ihrer Ansicht nach diese Defizite in der Hilfsmittelversorgung eindämmen?

Anja Faber-Drygala: Gerade dadurch, dass diejenigen, die eine Hilfsmittelversorgung benötigen, eben nicht den Ver-

LR People.Health.Care.

Modische Trendfarben im Herbst – Kompression mit VENOSAN® 4000 Purple Rose und Harvest Green

Leichte Beine.
Schöne Farben.
Gute Laune.



Purple
Rose

Harvest
Green

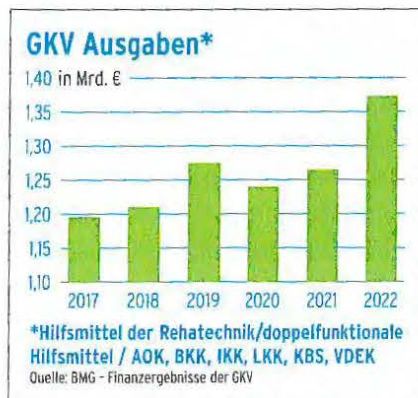


Abb. 5

Grafik: Sanitätshaus Aktuell

sorger wie bei der Ausschreibung von der Krankenkasse zugewiesen bekommen, sondern die Auswahlentscheidung unter einer Vielzahl an Anbietern selber treffen und jederzeit bei Unzufriedenheit ihren Versorger wechseln können. Ich nenne das immer salopp „mit den Füßen abstimmen“.

Und genau dieser Mechanismus feuert den Qualitätswettbewerb unter den potenziellen Leistungserbringern an. Die Leistungserbringer müssen sich um den Kunden (= Versicherten) „bemühen“. Kein Controlling durch die Krankenkasse ist für die Qualitätssicherung so effizient, wie die Anbietervielfalt und die Wahlfreiheit der Versicherten.

Trotzdem hat gerade das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) in seinem Sonderbericht festgestellt, dass im jetzigen System eben nicht durch unter-

schiedliche, transparente Verträge eine Angebotsvielfalt für die Nutzer von Hilfsmitteln geschaffen worden sei. Steht das nicht im Widerspruch zu Ihren Ausführungen?

Anja Faber-Drygala: Auch bei einem Einheitsvertrag kann ein Qualitätswettbewerb entstehen. Es kommt oft in der Praxis gar nicht darauf an, was im Vertrag steht, sondern, wie er gelebt wird. In vielen Hilfsmittelverträgen ist die Leistungsbeschreibung generalklauselartig beschrieben, sodass diverse Spielräume für die Leistungserbringer entstehen, mit ihrem Service zu punkten.

Die Hilfsmittelversorgung besteht in der Regel nicht nur in der Versendung eines austauschbaren Produktes, sondern in einer Vielzahl an begleitenden Dienstleistungen wie Bedarfsermittlung, Auswahlberatung, individuelle Anpassung, Einweisung in den Gebrauch des Hilfsmittels, Wartung, Reparatur und Nachkontrolle. Und hierbei zeigen sich durchaus Qualitätsunterschiede in der Betreuung der Versicherten.

Oft machen die sogenannten „Soft Skills“ wie fachliche Kompetenz, Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit, Schnelligkeit, Servicebereitschaft und Geduld gerade die Qualität einer Hilfsmittelversorgung aus. Ich bleibe dabei: Patientensteuerung fördert nicht den Qualitätswettbewerb, sondern dämmt ihn ein.

Wie kann man Ihrer Meinung nach ohne die von den Krankenkassen geforderten Steuerungsinstrumente die Ausgaben im Gesundheitswesen eindämmen?

Thomas Piel: Bürokratieabbau und Vereinheitlichung der Verträge, vor allem auf administrativer Ebene. Wettbewerb ist ein wichtiges Element, um die qualitativ adäquate Versorgung sicherzustellen. Wir sehen aber z. B. keinen effektiven und sinnvollen Wettbewerb darin, dem Leistungserbringer unterschiedlichste Dokumentationsbögen für ein und denselben Vorgang aufzubürden.

Umfangreiche und krankenkassenindividuell unterschiedliche administrative Vorgaben führen zu einem erheblichen Aufwand, der sich in keiner Weise auf die eigentliche Versorgungsqualität auswirkt. Wir fordern einen Wettbewerb um den Endkunden.

Besteht dann aber nicht erst recht das Risiko einer Kostenexplosion?

Bettina Hertkorn-Ketterer: Im Gegenteil! Durch vereinheitlichte und entschlackte Versorgungsverträge und die Umsetzung von Digitalisierungsprozessen können Kosten reduziert werden.

Sollte sich im Rahmen von Vertragsverhandlungen ergeben, dass die Leistungserbringer unangemessen hohe Preise fordern, haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Schiedsverfahren in die Wege zu leiten. Im Rahmen der Schiedsverfahren wird von Dritten die Angemessenheit der geforderten Preise umfangreich geprüft. Sollte festgestellt werden, dass die von den Leistungserbringern geforderten Preise unangemessen sind, werden im Rahmen des Schiedsverfahrens marktgerechte Preise verbindlich festgelegt. Durch das Schiedsverfahren haben die Krankenkassen somit ein Regulierungsinstrument, das jede unangemessene Kostenentwicklung effektiv vermeidet.

Danke für die interessanten Ausführungen.

MTD



Abb. 6

Grafik: Welt der Krankenversicherung