

AOK-Positionen

Eckpunkte zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung

Positionspapier: AOK-Eckpunkte zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung

Die gesetzliche Krankenversicherung hat 2022 erstmals mehr als zehn Milliarden Euro für die Hilfsmittelversorgung aufwenden müssen. Dabei mindern Bürokratie, Marktvermachtung und unzureichende Digitalisierung die Performance. Es ist Zeit, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu aktivieren und den Bereich zukunftsfest zu machen.

Hochwertige Versorgung mehrkostenfrei erhalten

Das runderneuerte und regelmäßig aktualisierte Hilfsmittelverzeichnis sorgt mittlerweile dafür, dass die für die GKV-Versorgung geltenden Produkt- und Dienstleistungsstandards kontinuierlich auf dem Stand der medizinisch-technischen Entwicklung bleiben. Versichertenbefragungen zeigen aber, dass nicht alle Leistungserbringer immer ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, jedem Versicherten ein für seinen Versorgungsfall adäquat geeignetes Produkt mehrkostenfrei anzubieten. Der den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zustehende Sachleistungsanspruch darf nicht als „Kassenzuschuss“ diskreditiert werden.

Es ist verstärkt dafür Sorge zu tragen, dass einem Patienten von ihm eigenständig zu tragende Mehrkosten tatsächlich nur für seine über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Versorgungswünsche in Rechnung gestellt werden. Daher sollten im Mehrkostenfall zukünftig die für den Versicherten ausschlaggebenden Gründe für die Produktwahl ebenso wie das zunächst mehrkostenfrei angebotene Produkt vom Leistungserbringer dokumentiert und der Krankenkasse im Rahmen der Abrechnung elektronisch übermittelt werden, um diese systematisch nachzuhalten und den Versicherten vor Übervorteilung zu schützen.

Wettbewerb reaktivieren, Marktdynamik erhalten, Vertragsvielfalt nutzen

Seit vielen Jahren zeigt sich die Tendenz, die gesetzlichen Regelungen zur Gestaltung der Hilfsmittelversorgung wettbewerbsferner zu gestalten und die den Krankenkassen offenstehenden Vertragsinstrumente sukzessive einzugrenzen. So wurden selektive Vertragsabschlüsse mit auf Basis von Ausschreibungen ausgewählten Leistungserbringern mit den TSVG im Jahr 2019 vollständig untersagt. Die bisher, von den meisten Krankenkassen nur in ausgewählten Bereichen mit Augenmaß eingesetzte, durchaus erfolgreiche Ausschreibungsoption steht damit nicht mehr zur Verfügung. Verträge sollen heute stets auf Basis von Verhandlungen, die allen Leistungserbringern offenstehen, geschlossen werden. Auch andere Rechte der Leistungserbringer wurden gestärkt, diese können nunmehr allen bestehenden Verträgen zu gleichen Konditionen beitreten. Die Krankenkassen wurden sogar verpflichtet, dabei den Namen des erstunterzeichnenden Vertragspartners zu nennen.

Diese Maßnahmen zeigen fatale Folgen für die Marktdynamik und Wirtschaftlichkeit. Der Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Anbietern ist weitgehend zum Erliegen gekommen. Auf Vertragsabsichtsbekanntmachungen wird kaum reagiert. Oft sind nur noch die marktbeherrschenden Zusammenschlüsse der Leistungserbringer zu Vertragsverhandlungen bereit. Dies führt zu oligopolistischen Preisen. Andere Anbieter warten ab und springen auf die für sie preislich attraktivsten Verträge auf, anstatt eigenständig Angebote abzugeben.

Das zunehmend abgestimmte Verhalten der Leistungserbringer und die branchenweit abgestimmten hohen Preisforderungen haben bereits das Bundeskartellamt veranlasst, tätig zu werden. Es ist daher höchste Zeit, auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen wieder wettbewerbsfreundlicher zu gestalten. Marktaktiven Anbietern muss wieder eine realistische Chance gegeben werden, durch Initiative Exklusivitätsvorteile zu erreichen. Ausschreibungen sollten wieder als ergänzende Vertragsoption in geeigneten Hilfsmittelbereichen zugelassen werden. Wettbewerbsbereite Leistungserbringer müssen gefördert und vor Diskriminierung durch Mitbewerber geschützt werden.

Die für den Fall, dass sich die Vertragsparteien nicht einigen können, als Konfliktlösungsinstrument eingeführte Schiedsregelung sollte überdacht werden. Ordnungspolitisch ist diese in der Hilfsmittelversorgung fragwürdig, da hier – anders als in anderen Versorgungsbereichen – auf Leistungserbringerseite keine gesetzlich bestimmte Institution mit Versorgungsverantwortung und Kontrahierungszwang existiert. Die auch ansonsten für die Bereitschaft, zu einem Verhandlungskompromiss zu kommen, eher abträgliche Schiedsregelung passt nicht in ein wettbewerblich orientiertes Vertragskonzept. Ein Schiedsspruch, der einen Leistungserbringerverband bindet, kann in der Praxis einfach dadurch unterlaufen werden, indem dort vertretene Leistungserbringer den Verband verlassen. Ein Schiedsspruch gegen ein Einzelunternehmen, das dieses als unattraktiv empfindet, wird eher dazu führen, dass sich das Unternehmen aus dem Markt zurückzieht, als dass es zu nicht lukrativen Konditionen versorgt.

Der jüngst vom Bundesamt für Soziale Sicherung in einem „Sonderbericht zur Hilfsmittelversorgung“ abgegebenen Empfehlung, sich vollständig von einer wettbewerblich ausgerichteten Vertragsgestaltung zu lösen und stattdessen die Versorgung durch landesweite Einheitsverträge zu regeln, ist deutlich zu widersprechen. Einheitsverträge mögen zwar für eine Aufsichtsbehörde leichter zu kontrollieren sein. Um aber das Sachleistungsversprechen der GKV im Sinne der Versicherten kontinuierlich auf dem Stand der neuesten Erkenntnisse zu konkretisieren und dabei auch die wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer im Einklang mit der Zahlungsfähigkeit der Beitragszahler zu halten, bedarf es eines dynamischen ordnungspolitischen Rahmens. Neue Versorgungsideen müssen weiter umgesetzt, vertragliche

Impulse weiter eingebracht werden können. Diese den regionalen bzw. Kassenspezifischen Verträgen inhärente positive Dynamik lässt sich nicht auf GKV-weite Einheitsverträge übertragen. Dass zwischen vertrauten Vertragspartnern geschlossene Vereinbarungen zudem Resilienz-Vorteile haben, zeigte sich auch gerade in den jüngsten Krisen. Jenseits des Gießkannenprinzips konnten so zum Beispiel partnerschaftlich spezifische Lösungen für drastisch erhöhte Fracht- oder Rohstoffkosten entwickelt werden. Einheitsverträgen hingegen kommt meist jegliche Dynamik abhanden, jede Änderung hätte dann derartiges Gewicht und würde voraussichtlich wie in anderen Leistungsbereichen politisiert und so zäh umkämpft, dass hier tatsächlich Schiedsverfahren bemüht werden müssten.

Versorgungsregularien entbürokratisieren, Digitalisierungspotenziale nutzen

Allein der Text des für die Hilfsmittelverträge maßgeblichen § 127 SGB V hat sich in den letzten 15 Jahren vervierfacht. Die immer komplexer werdenden Regelungen sorgen bei allen an der Versorgung Beteiligten für hohen bürokratischen Aufwand, dessen Notwendigkeit kritisch zu hinterfragen ist, bindet dieser doch Personal und verursacht letztlich über die Vertragspreise zu refinanzierende Kosten. Viele Vorgaben könnten entschlackt werden: So sollten zum Beispiel die den Krankenkassen vorgegebenen Informations- und Kontrollpflichten ebenso auf den Prüfstand wie die den Leistungserbringern auferlegten kleinteiligen Präqualifizierungsvorgaben. Derzeit in aufwendigen Einzelfallprüfungen abzuwickelnde Energiekostenerstattungen mit Kleinstbeträgen sollten auf energieintensive Hilfsmittel beschränkt und auf ein Pauschalverfahren umgestellt werden. Durch den

Wegfall des nur aufgrund der formalen Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung alle zwei Jahre notwendigen – und ökologisch unverantwortbaren – Austausches voll funktionstüchtiger Blutdruckmessgeräte könnte die Versichertengemeinschaft Millionen Euro sparen.

Aufbauend auf dem Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V ist es zudem höchste Zeit, die komplette Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vollständig zu digitalisieren. Auch Kostenvoranschläge sollten ausschließlich elektronisch gestellt und beantwortet werden, die Bestätigung des Erhalts eines Hilfsmittels durch den Versicherten sollte digital erfolgen und rechnungsbelegende Urbelege sollten nicht mehr in Papierform verschickt werden.

Ermäßigten Umsatzsteuersatz auf alle Hilfsmittel anwenden

Nur ausgewählte Hilfsmittel profitieren derzeit vom ermäßigten Umsatzsteuersatz von sieben Prozent. Der weit überwiegende Teil der zum Behinderungsausgleich oder für die Krankenbehandlung essenziellen Hilfsmittel wird aber, anders als Nahrungsmittel oder Zeitschriften, mit dem vollen Mehrwertsteuersatz belegt. Diese unnötige Belas-

tung der Beitragszahler ist sozialpolitisch nicht nachvollziehbar. Die mit den verschiedenen Steuersätzen verbundene Komplexität verursacht zudem einen erheblichen Aufwand für Hersteller, Leistungserbringer und Krankenkassen. Eine Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes auf alle Hilfsmittel ist überfällig.

Zentrale Forderungen für eine bessere Hilfsmittelversorgung

Daraus ergeben sich insbesondere folgende zentrale Forderungen für die Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung:

1. Hilfsmittel müssen GKV-Versicherten weiterhin regelhaft mehrkostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Falls ein Versicherter ein Mehrkostenprodukt wählt, sind die Mehrkosten auslösenden Gründe vom Leistungserbringer im elektronischen Abrechnungsverfahren automatisiert mitzuteilen.

2. Die Wettbewerbsmöglichkeiten der Leistungserbringer müssen wieder verbessert werden.

Vertragsinstrumente wie Ausschreibungen und Selektivverträge sind zu reaktivieren. Dem Marktmissbrauch von Leistungserbringer-Oligopolen ist entgegenzutreten, marktaktive Anbieter müssen wieder die Chance haben, Innovationen zu platzieren und sich durch besondere Leistungen oder Preise Exklusivitätsvorteile zu sichern. Schiedsregelungen passen nicht in ein wettbewerblich ausgerichtetes Versorgungskonzept.

3. Die Digitalisierung ist über die Einführung der elektronischen Verordnung hinaus zu denken.

Rechtssichere Grundlagen werden benötigt, um die komplette Kommunikation zwischen allen am Versorgungsprozess Beteiligten auf elektronische Verfahren umzustellen.

4. Die Entbürokratisierung muss im Gesetzgebungsprozess konkret angegangen werden.

Eine ständige Ergänzung weiterer kleinteiliger Vorschriften verbessert die Versorgung nicht. Vielmehr sind Überregulierungen abzubauen, die Unzahl der den Leistungserbringern wie den Krankenkassen aufgegebenen Dokumentations-, Informations- und Überwachungspflichten ist dringend zu entschlacken.

5. Der ermäßigte Umsatzsteuersatz ist zukünftig auf alle Hilfsmittel anzuwenden.

AOK-Bundesverband. Die Gesundheitskasse.

Geschäftsführender Vorstand:

Dr. Carola Reimann (Vorstandsvorsitzende)

Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorstandsvorsitzender)

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Telefon: (030) 346 46-0

Telefax: (030) 346 46 25 02

Internet: aok-bv.de

E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion und grafische Gestaltung:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Rosenthaler Straße 31 | 10178 Berlin

verlag@kompart.de | kompart.de

Stand: Mai 2023