

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(18)
vom 18.09.03

15. Wahlperiode

Verträge müssen verbindlich sein Transparenz erhöhen - Verwaltungsaufwand reduzieren

Ausgangslage

Der Hilfsmittelmarkt ist äußerst heterogen und reicht von individuell angefertigten Produkten, über industriell hergestellte Hilfsmittel, die ohne Beratung vom Patienten direkt angewendet werden können bis hin zu industriell gefertigten Produkten, die erst durch die dauerhafte Beratung und Betreuung des Patienten durch examinierte Krankenschwestern eingesetzt werden können (Homecare). Entsprechend vielfältig ist die Leistungserbringerstruktur, die sowohl in **Kollektivverträgen** (v.a. Reha-Bereich) als auch **Einzelverträgen** (v.a. Homecare-Bereich) Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu Preisen und Inhalten der Versorgung geschlossen haben. Diese z.T. sehr unterschiedlichen Marktgegebenheiten werden im vorgelegten Gesetzesentwurf nur ungenügend berücksichtigt.

Verträge müssen verbindlich sein

In § 33 SGB V ist vorgesehen, dass die Krankenkassen, sofern sie Verträge mit einzelnen Leistungserbringern geschlossen haben, zukünftig nur noch den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels der Einzelverträge (i.F. „**Durchschnittspreis**“) erstattet, sofern der Versicherte in zumutbarer Weise versorgt werden kann.

Folgen:

Verträge, die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelt wurden und über dem Durchschnittspreis liegen, verlieren somit ihre Gültigkeit, da die Krankenkasse nur noch den Durchschnittspreis erstattet. Somit ist der Vertragsabschluss für Leistungserbringer zukünftig sinnlos (s. Anlage).

Es ist nicht klar, was unter „zumutbarer Weise“ zu verstehen ist. Ggf. müsste dies in einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten geklärt werden. Es ist sicherzustellen, dass bei Indikationen, die eine zeitnahe Versorgung (Produkt + Dienstleistung) erfordern, der Versicherte seine Leistungen vollumfänglich ohne Eigenanteile von der Krankenkasse erstattet bekommt. Andernfalls würden Versicherte regelmäßig mit zu leistenden Eigenanteilen zusätzlich finanziell belastet werden, die wiederum bei der Belastungsgrenze nicht berücksichtigt würden.

Vorschlag:

Verträge, die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelt werden und damit sowohl im Preis als auch bei Versorgungsumfang und Qualität auf beidseitigem Einverständnis beruhen, müssen für die **Vertragslaufzeit uneingeschränkt Gültigkeit haben**. Unbetroffen davon bleibt der Wettbewerb unter den Leistungserbringern, mit Krankenkassen Verträge abschließen zu können.

- :: Der § 33 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:
„Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 und 2. Haben Leistungserbringer keine Verträge nach § 127 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach „ § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer.“
- :: Ebenso bedarf es der Klarstellung in § 127 Abs. 3 Satz 6, dass zugelassene, vertragslose Leistungserbringer gemeint sind.

Transparenz erhöhen

In § 127 Abs. 2 ist vorgesehen, dass einzelne Leistungserbringer Verträge mit Krankenkassen zu niedrigeren Preisen aber bei gleicher Qualität als in den Kollektivverträgen abschließen (Anmerkung: es gibt Hilfsmittel, die weder über Festbetrag noch über Kollektivvertrag geregelt sind). Hierzu müssten die Krankenkassen verpflichtet werden, die Vereinbarungen in den Kollektivverträgen sowohl zu den **Preisen als auch zur Qualität** (Umfang der Dienstleistung, Qualifikation des Personals etc.) **offen zu legen**, um damit die nötige Transparenz zu schaffen und sicherzustellen, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird. Nur so kann ein fairer Wettbewerb unter den Leistungserbringern und gleichzeitig die notwendige Qualität der Patientenversorgung garantiert werden.

Nach § 127 Abs. 3 sollen die Krankenkassen die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer über die **Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels** der Verträge nach Absatz 2 informieren. Hier fehlt ebenfalls die notwendige Transparenz bei der Ermittlung der Durchschnittspreise und deren Überprüfbarkeit. Andernfalls ist nicht auszuschließen, dass auf der Basis von in der Praxis nicht gelebter Verträge (wegen fehlender Patientenversorgung) ein Durchschnittspreis ermittelt wird.

Hier muss auch in Frage gestellt werden, warum zur Ermittlung des Durchschnittspreises nur Einzelverträge, nicht aber auch die Kollektivverträge herangezogen werden.

Vorschlag:

s.u.

Verwaltungsaufwand reduzieren

Zum Abschluss von Einzelverträgen sollen nach § 127 Abs. 2 **Ausschreibungen** durchgeführt werden. Aus folgenden Gründen sind Ausschreibungen nicht geeignet:

- :: Hilfsmittelversorgungen, die eine patientenindividuelle Beratung und Betreuung bedürfen, können die Dienstleistung in den Ausschreibungskriterien nicht genügend abbilden.
- :: Es ist nicht geklärt, nach welchen Kriterien Ausschreibungen erfolgen sollen. Der Gesetzgeber müsste das Verfahren (formelle Voraussetzungen wie VgV, VOL/A, Einklang mit der SVHV, zeitliche Parameter, Veröffentlichung der Ausschreibung, Umsetzung, Kommunikation aller Beteiligten, Preisdarstellung, Festlegung der Qualitätskriterien etc.) abbilden. Zur Gesetzesbegründung merken wir an, dass i.d.R. Hersteller von Hilfsmitteln keine zugelassenen Leistungserbringer und damit nicht Vertragspartner der Krankenkassen sind.
- :: Ausgehend von mehr als 300 Krankenkassen denen mehrere tausend Leistungserbringer als Vertragspartner gegenüberstehen, die rund 30.000 Hilfsmittel vertraglich regeln sollen, zeigt, dass der Verwaltungsaufwand sowohl bei den Krankenkassen als auch den Leistungserbringern immens wäre.

Bei der Ermittlung des **Durchschnittspreises** nach § 127 Abs. 3 entstünde auch hier durch die Vielzahl von Vertragspartnern ein sich ständig ändernder Durchschnittspreis, dessen Ermittlung einen erheblichen Verwaltungsaufwand nach sich zöge. Er ist daher einmal pro Jahr zu ermitteln.

Vorschlag:

- :: In § 127 Abs. 2 Satz 2 streichen, da bereits auf der jetzigen Rechtsgrundlage die Krankenkassen Ausschreibungen durchführen können. Hilfsweise müsste § 127 Abs. 2 Satz 2 wie folgt gefasst werden: *„Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien, **die insbesondere die Vergleichbarkeit der Produkte, Service, Beratung und Betreuung, Versorgungsqualität sowie sonstiger Leistungsmerkmale sicherstellen**, öffentlich ausgeschrieben werden.“*
- :: Ergänzung in § 127 Abs. 3 Satz 3, 2. Halbsatz *„die Durchschnittspreise sind je Hilfsmittel und sofern erforderlich unter Berücksichtigung der Packungsgröße **einmal pro Jahr** zu bilden. Die zugrunde gelegten Vertragspreise sind offen zu legen.“*

Fazit:

Die im Hilfsmittelbereich rein preisorientierten Reformvorschläge vernachlässigen den Dienstleistungsbereich und beachten nur ungenügend die Tatsache, dass der Erfolg einer Krankenbehandlung nicht nur durch das Hilfsmittel an sich gewährleistet wird, sondern insbesondere durch das Vertrauensverhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient.

Die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer würden durch die Regelung des Durchschnittspreises ihren Sinn verlieren.

Neben den vorgesehenen Zuzahlungen werden die Versicherten mit ggf. zu zahlenden Eigenanteilen, die sich aus den Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ergeben, zusätzlich belastet.

Der BVMed hält daher eine Modifizierung für dringend erforderlich.

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie

Berlin, den 17. September 2003