



Stellungnahme des BIV-OT zu Hilfsmittel- und Rehamittelausschreibungen gemäß § 127 Abs. 1 SGB V

I. Zielsetzung/Umsetzung von Ausschreibungen

Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich sollten zu einer wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Beibehaltung der bisherigen Produkt- und Dienstleistungsqualität sowie unter Berücksichtigung der mittelständischen Leistungserbringerstruktur führen.

Dieses Ziel wurde nicht erreicht. Die Ausschreibungen führten zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgungsqualität der Patienten sowie zu einer Gefährdung der mittelständischen Versorgungsstruktur der Leistungserbringer.

II. Folgen der Ausschreibungen

1) Verschlechterung der Versorgung der Patienten mit Hilfs- und Rehamitteln

Die Ausschreibungen der Krankenkassen in einer Reihe von Versorgungsbereichen haben gezeigt, dass sich die Versorgungsqualität der Patienten deutlich verschlechtert. Den Patienten werden von den Ausschreibungsgewinnern in der Regel nur noch Hilfs- und Rehamittel angeboten, die gerade die Minimalstandards des Hilfsmittelverzeichnisses erfüllen. Außerdem entfällt die wohnortnahe Beratung der Versicherten und der von den Betrieben in der Region geleistete Service bei Defekten der Hilfs- und Rehamittel. Die Patienten sind vielmehr auf einen Ausschreibungsgewinner angewiesen, dessen Betrieb in der Regel räumlich weit entfernt ist, sodass Verzögerungen bei der Versorgung und beim Service zwangsläufig auftreten. Mit der Verzögerung werden Folgeschäden bei den Patienten in Kauf genommen. Das bedeutet, dass unter Umständen die Patientensicherheit leidet, mit entsprechenden Konsequenzen für die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Versorgung.

Um die gewohnte Versorgungsqualität zu erhalten, sind die Patienten daher vielfach gezwungen, wirtschaftliche Aufzahlungen zu leisten. Damit wird das Sachleistungsprinzip „durch die Hintertür“ ausgehebelt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patienten ausschließlich auf den Ausschreibungsgewinner als Versorger angewiesen sind. Sie können – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht auf andere Leistungserbringer ausweichen. Da der Versicherte keine Wahlmöglichkeit hinsichtlich des Versorgers und des Ausschreibungsproduktes hat, bleibt ihm daher nur der Weg der wirtschaftlichen Aufzahlung.

Eine weitere negative Auswirkung ist, dass das Wahlrecht der Patienten, gerade in dem sensiblen Bereich der Hilfsmittelversorgung einen Leistungserbringer ihres Vertrauens aufzusuchen, durch die Ausschreibungen ausgehebelt wird. Dieses Wahlrecht ist jedoch für die Patienten von hoher Bedeutung,

...

da es bei der Hilfsmittel- und Rehamittelversorgung auf eine individuelle Beratung, Anpassung und Auswahl des Hilfsmittels ankommt. Hierzu ist ein Vertrauensverhältnis zu den jeweiligen Leistungserbringern notwendig.

- 2) Die Preise werden durch Ausschreibungen in der Regel soweit abgesenkt, dass sie auch für die Ausschreibungsgewinner nicht auskömmlich sind, da Ausschreibungsgewinner oft strategische Preise setzen, die Angebote deutlich unter dem Deckungsbeitrag zulassen. Ein derartiges abgesenktes Preisniveau bedingt Qualitätsabsenkungen, die zu Fehlversorgungen führen können. Ein Beispiel sind die Antidekubitusversorgungen nach Ausschreibungen, die bei vielen Patienten zu weiteren Druckgeschwüren geführt haben, was Krankenhausaufenthalte und eine kostenintensive Weiterbehandlung erforderlich machte.

3) Fehlender Mittelstandsschutz

Bei den Leistungserbringern im Hilfsmittel- und Rehamittelbereich handelt es sich um Klein- und Mittelbetriebe. Diese haben bei Ausschreibungen häufig keine Möglichkeit, bei entsprechend groß aufgeteilten Losen mitzubieten. Vielmehr fördert die Losaufteilung in den bisherigen Ausschreibungen die Bildung von oligopolistischen Strukturen.

Betriebe, die sich an einer Ausschreibung nicht beteiligen konnten bzw. nicht den Zuschlag erhalten haben, scheiden in der Regel aus diesem Marktsegment aus. Die Betriebe können nicht zwei oder drei Jahre für den Ausschreibungszeitraum Personal- und Versorgungsstrukturen vorhalten. Bei einigen Ausschreibungen mit Fallpauschalen kann der Ausschreibungszeitraum auf bis zu neun Jahre verlängert werden. Damit reduziert sich bei zunehmender Dauer von Ausschreibungen der Anbieterkreis immer mehr. Wenn nur wenige Anbieter in einigen Jahren den Krankenkassen gegenüberstehen, kann dies dazu führen, dass diese Anbieter nun ihrerseits die Preise festlegen können, weil den Krankenkassen keine Möglichkeit bleibt, auf andere Anbieterstrukturen zurückzugreifen.

4) Vertragsalternativen bei der Unzweckmäßigkeit von Ausschreibungen

Nach § 127 Abs. 2 SGB V (Krankenversicherung) stehen die Möglichkeiten der Ausschreibung von Hilfsmitteln sowie der Abschluss von Rahmenverträgen und Preisvereinbarungen gleichrangig nebeneinander. Ausschreibungen sollen nach § 127 Abs. 1 nur erfolgen, wenn sie „zweckmäßig“ sind.

Die oben dargestellten Punkte zeigen, dass Ausschreibungen im Hilfs- und Rehamittelbereich nicht zweckmäßig sind.

Vielmehr können die Krankenkassen durch Rahmenverträge und Preisvereinbarungen nach § 127 Abs. 2 SGB V eine qualitätsvolle, wohnortnahe und das Wahlrecht der Patienten wahrende Versorgung sicherstellen. Dies ist für die Krankenkassen auch wirtschaftlich. Die Preise für die Hilfsmittel- und Rehamittelversorgungen stagnieren seit einer Reihe von Jahren, im Rehabereich sind sie in den letzten Jahren abgesenkt worden. Die Leistungserbringer sind den Krankenkassen hier also bei der Preisgestaltung weit entgegen gekommen. Dies zeigt, dass wirtschaftliche Vertragsabschlüsse möglich sind, die die Nachteile von Ausschreibungen für die Patienten und die Leistungserbringer vermeiden.

III. Forderungen des BIV-OT

1) Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V

Der BIV-OT lehnt Ausschreibungen in der bisherigen Form im Hilfsmittelbereich als unzumutbar und ungeeignet ab. Vertragsabschlüsse zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern, die die Qualität der Versorgung, das Wahlrecht der Patienten, die Anbietervielfalt und eine möglichst kostengünstige Versorgung gewährleisten, berücksichtigen die Interessen aller Beteiligten.

Daher sollte festgelegt werden, dass die Krankenkassen als erste Vertragsoption Rahmenverträge und Preisvereinbarungen nach § 127 Abs. 2 SGB V mit den Leistungserbringern abschließen müssen.

Erst wenn Vertragsverhandlungen nicht zu einem akzeptablen Ergebnis führen, können die Krankenkassen in einigen wenigen Versorgungsbereichen Ausschreibungen durchführen.

2) Ausschreibungen in Einzelfällen müssen an enge Voraussetzungen gebunden werden

a) Definition der Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen

Die Definition von Fällen, in denen Ausschreibungen zweckmäßig und geeignet sind, muss neu und enger gefasst werden. Die bisherigen Empfehlungen, die mit dem GKV-Spitzenverband erarbeitet wurden, reichen hierzu nicht aus.

b) Zuschlagserteilung an das wirtschaftlichste Angebot

Das alleinige Zuschlagskriterium bei Ausschreibungen ist in der Regel der niedrigste Preis. Die Krankenkasse muss daher den Zuschlag an den preiswertesten Anbieter erteilen, sofern dieser formal die Ausschreibungskriterien erfüllt, auch wenn das Angebot offensichtlich nicht auskömmlich ist.

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Ausschreibungen darf daher nicht allein der Preis maßgeblich sein. Vielmehr sind auch die Versorgungsqualität der Patienten und die Versorgungssicherheit entsprechend zu berücksichtigen. Diese Qualitätskriterien sind zwingend bei der Bewertung von Ausschreibungsangeboten heranzuziehen.

Um dem Qualitätsverlust bei Ausschreibungen entgegenzuwirken, darf daher künftig der Zuschlag nur an das wirtschaftlichste Angebot und nicht an das Angebot mit dem niedrigsten Preis erteilt werden.

c) Verpflichtung der Krankenkassen zur Überwachung der Einhaltung der Vertragsinhalte

Die Einhaltung der Qualitätsstandards bei Ausschreibungen wird heute von den Krankenkassen kaum überwacht. Zur Sicherstellung der Vertragserfüllung durch die Ausschreibungsgewinner müssen die Krankenkassen verpflichtet werden, die Einhaltung der Vertragsinhalte zu überwachen, zu dokumentieren und festgestellte Vertragsverstöße entsprechend zu sanktionieren. Das gilt auch dann, wenn das Sachleistungsprinzip dadurch ausgehöhlt wird, dass Leistungserbringer Aufzahlungen verlangen, obwohl sie dem Patienten weniger als das medizinisch und technisch Notwendige angeboten haben.

IV. Zusammenfassung

Der BIV-OT ist der Auffassung, dass Ausschreibungen im Hilfsmittel- und Rehamittelbereich nicht zweckmäßig und nicht geeignet sind.

Grundsätzlich sollten Krankenkassen daher Rahmenverträge und Preisvereinbarungen nach § 127 Abs. 2 SGB V mit den Leistungserbringern abschließen. Erst wenn dies nicht zum Erfolg führt, können in wenigen Ausnahmefällen Ausschreibungen durch die Krankenkassen durchgeführt werden.

Diese Ausschreibungen müssen nicht nur den niedrigsten Preis, sondern vor allen Dingen die Qualität der Versorgung der Patienten bei Erteilung des Zuschlages berücksichtigen. Außerdem muss die Qualität der Versorgung nach Ausschreibungen durch die Krankenkasse eng überwacht und bei Verstößen gegen die Ausschreibungsbedingungen entsprechende Sanktionen verhängt werden.

November 2014

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik