

# BVMed-Stellungnahme

## zum Entwurf der "Bestimmung der Festbetragsgruppen für Stomaartikel"

### I. Allgemeines

Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) hat den Entwurf der Bekanntmachung über die Festsetzung von Festbeträgen für Stomaartikel nach § 36 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 140 f SGB V, Stand 17. Mai 2004, am 28. Mai 2004 erhalten. Der BVMed begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, eine Stellungnahme abgeben zu können.

### II. Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen

Die Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen ist, trotz für die Krankenkassen positiver Ansätze im 1. Quartal 2004, nach wie vor sehr bedenklich. Sie darf jedoch nicht dazu führen, dass die Krankenkassen auch in hochsensiblen Bereichen wie der Stomaversorgung nach nicht mehr vorhandenen Einsparpotentialen suchen.

Insbesondere im Hilfsmittelbereich spielt auch die demographische Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland eine besondere Rolle. Hilfsmittel beugen Krankheiten vor oder unterstützen eingeschränkte Körperfunktionen.

Aus diesem Grunde wird die Versorgung mit Hilfsmitteln, die als sächliche Mittel nicht substituierbar sind, bei den Versicherten auch in Zukunft weiter an Gewicht gewinnen.

### III. Juristische Bedenken zur vorgeschlagenen Höhe der Festbeträge für Stomaartikel und gesundheitspolitische Zielsetzungen

Durch das Gesetz zur Modernisierung im Gesundheitswesen (GMG) hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2004 die Festbetragsfestsetzung im § 36 SGB V dahingehend modifiziert, dass Festbeträge durch die Spitzenverbände der Krankenkassen ab spätestens 1. Januar 2005 einheitlich auf Bundesebene festzusetzen sind. Dadurch werden die bis dahin geltenden Festbeträge auf Landesebene ersetzt.

Der Gesetzgeber verfolgt durch die Festsetzung von einheitlichen Festbeträgen auf Bundesebene eine Vereinfachung bzw. Erleichterung des Festsetzungsverfahrens und geht davon aus, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit im Hilfsmittelbereich maßgeblich gestärkt werden.

Unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 17. Dezember 2002 zur Festbetragskonzeption im Hilfsmittelbereich wird in der Gesetzesbegründung zum GMG ausdrücklich klargestellt, dass durch die Festsetzung von Festbeträgen auf Bundesebene die Versorgung im Hilfsmittelsektor als **SACHLEISTUNG** gewährleistet sein muss und sich Versicherte

auch bei Festbeträgen **NICHT MIT TEILKOSTENERSTATTUNGEN** zufrieden geben müssen. **"Mit dem Festbetragsfestsetzungsverfahren" sei "keine Abkehr des Gesetzgebers vom Sachleistungsprinzip erfolgt"**.

Daraus folgt zwingend, dass die Festbetragsfestsetzung auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer zu berücksichtigen hat. Die Festbeträge müssen sich daher an Preisgrenzen orientieren, die eine ausreichend, zweckmäßige und auch für den Leistungserbringer wirtschaftliche Versorgung des Versicherten ohne weitere Eigenbeteiligung ermöglichen. **Eine Aufzahlung durch den Patienten ist durch die vorgeschlagenen Festbeträge jedoch unumgänglich, so dass der Entwurf einen eindeutigen Verstoß gegen das Sachleistungsprinzip darstellt.** Das Sachleistungsprinzip der GKV wird damit aufgekündigt und damit eine zusätzliche finanzielle Belastung chronisch kranker Menschen geschaffen. Die geplante Kürzung der Festbeträge durch die Spitzenverbände führt zur Umverteilung der Finanzierung auf die Patienten. **Dies ist kategorisch abzulehnen!**

#### **IV. Ausführungen zur Festsetzung der Festbeträge für Stomaartikel**

##### **1. Historie der Festbetragsregelungen im Bereich der Hilfsmittel zur Stomaversorgung**

Der Grundstein zur Festsetzung von Festbeträgen im Bereich der Hilfsmittel zur Stomaversorgung wurde Anfang des Jahres 1990 gelegt, als erstmals ein Festbetragsgruppensystem für Stomaartikel eingeführt wurde. Basierend auf den dort festgeschriebenen Festbetragsnummern waren es unter der Leitung der jeweils federführenden Verbände die Bundesländer Bayern und Saarland, die im Januar 1993 als erste Bundesländer Festbeträge einführten. In den darauf folgenden 18 Monaten wurden Festbeträge für Stomaartikel in neun weiteren Bundesländern festgelegt. Diese erstmalige Festlegung von Festbeträgen für Stomaartikel führte zu teils erheblichen Margenverlusten auf Seiten der Leistungserbringer.

Seitens der Industrie sind seit Einführung der Festbeträge keine realen Preiserhöhungen im Markt umgesetzt worden.

Im Februar 1996 wurde das Festbetragsgruppensystem überarbeitet und an die Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses (Produktgruppe 29) angepasst. Weitere Bundesländer führten nun Festbeträge ein und die Landesverbände der Bundesländer, in denen bereits Festbeträge existierten, nahmen dies zum Anlass, Festbetragsabsenkungen durchzuführen.

Bereits diese erste Absenkung entbehrte jedweder Grundlage und reflektierte nicht die sich wandelnden Verhältnisse im Gesundheitswesen und auf dem Sektor der Leistungserbringer. Kostensteigerungen in allen Bereichen der Wertschöpfungskette, Erhöhungen der Mehrwertsteuer sowie die bereits in Gang gekommene Verlagerung der zeitintensiven postoperativen Betreuung und Unterweisung der Stomapatienten vom klinischen in den außerklinischen (= Leistungserbringer-) Bereich hätten zu einer Anhebung der Festbeträge führen müssen, wurden aber bei der Neufestsetzung in keinsten Weise berücksichtigt.

Die per 01.04.1997 neu festgelegten Festbeträge des Saarlandes folgte der Bundesempfehlung vom 21. Januar 1997. Dieser Empfehlung folgten – teils mit leichten Abweichungen nach oben und/oder unten – neun weitere Bundesländer, die zwischen 1997 und 1998 Festbeträge festlegten.

Die Neufestsetzung von Festbeträgen in Baden-Württemberg und Bayern scheiterte an verschiedenen rechtlichen Hemmnissen, so dass in diesen Ländern noch heute die Festbeträge des Jahres 1993 Anwendung finden.

Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GMG wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen aufgefordert, bis zum Januar 2005 bundesweite Festbeträge einzuführen. Am 27. Mai 2004 leitete der IKK Bundesverband nun die Anhörung zur Bestimmung der bundeseinheitlichen Festbeträge ein.

## **2. Analyse des Preisfindungsprozesses**

Der Preisfindungsprozess der Spitzenverbände der Krankenkassen ist nicht transparent. Welche Faktoren und Daten zur Preisfindung herangezogen wurden, und/oder welchen Quellen diese Faktoren und Daten entstammen, wurde nicht offen gelegt. Eine Analyse des im Entwurf dargelegten Preisniveaus lässt jedoch bezüglich der Preisfindung vier Schlüsse zu:

- :: Im ersten Schritt wurde der im Vergleich über alle Bundesländer jeweils günstigste, derzeit gültige Festbetrag pro 7-stelliger Festbetragsgruppe als Ausgangsbasis für die Neufestlegung herangezogen. Allein diese Praxis wäre unverantwortlich, denn sie berücksichtigt nicht, dass die Leistungserbringer bereits heute nur bei Betrachtung der gesamten Stomaversorgung eines Patienten wirtschaftlich abrechnen können. Produkte aus einzelnen Festbetragsgruppen können bereits zu den derzeit gültigen Festbeträgen bei isolierter Betrachtung nicht mehr wirtschaftlich oder auch nur kostendeckend abgegeben werden. Erst die ganzheitliche Betrachtung ermöglicht es den Leistungserbringern, ohne Verluste zu arbeiten. Diese heute obligatorische mischkalkulatorische Betrachtungsweise eines Patienten, die durch die erstmalige Einführung von Festbeträgen im Jahr 1993 überhaupt erst entstanden war, wäre in Zukunft nicht mehr möglich, da Produkte keiner Festbetragsgruppe noch eine Gewinnmarge abwerfen würden.
- :: In einem zweiten Schritt wurden dann – scheinbar willkürlich – einzelne Produktgruppen noch weiter abgesenkt. Auffällig ist hierbei, dass speziell die Produktgruppen abgesenkt wurden, die, bezogen auf den Gesamtmarkt, besonders bedeutend sind. So sind hiervon insbesondere die geschlossenen Beutel zum Rasten (29.26.01.0) und die geschlossenen Beutel mit Hautschuttring (29.26.01.2) betroffen. Hierbei handelt es sich um zwei Produktgruppen, die für ca. 70 % aller Betroffenen – sämtlich Kolostomieträger – die Standardstomaversorgung bedeuten. Ebenfalls von einer nicht nachvollziehbaren weiteren Absenkung betroffen sind die Basisplatten (29.26.05.0 und 29.26.05.1) und die gewölbten Basisplatten (29.26.06.0). Hierbei handelt es sich um Produkte, die für alle Verwender eines zweiteiligen Stomaversorgungssystems (ca. 65 % der Stomaträger) unverzichtbar sind. Die zuvor genannten fünf Festbetragsgruppen machen zusammen mehr als 60 % des Marktes für Stomaartikel aus. Dies lässt vermuten, dass ganz gezielt die volumenstärksten Festbetragsgruppen besonders stark abgesenkt werden sollen, ohne Marktverhältnisse und existierende Preisstrukturen zu berücksichtigen.
- :: Die bisher übliche und von Seiten der Krankenkassen anerkannte Praxis, zusätzlich zu der Erstattung der Beutel auch die Erstattung der mittlerweile größtenteils integrierten Filter in Ansatz zu bringen, wird durch die Neufassung der betroffenen Produktgruppen unterbunden. Die – grundsätzlich zu begrüßende – erstattungsmäßige Zusammenfassung von Beutel und Filter wird dadurch ad absurdum geführt, dass die bisher getrennt abrechenbaren Erstattungsbeträge bei der Neufestsetzung nicht aufaddiert wurden. Der Erstattungsbetrag des Filters wurde nicht in Ansatz gebracht, was effektiv einer weiteren Absenkung der Festbeträge gleichzusetzen ist. Eine sachlogische Begründung oder Nachvollziehbarkeit dieser Vorgehensweise ist nicht erkennbar.
- :: Die im Entwurf genannten Festbeträge liegen zum Teil nicht einmal auf dem Niveau der zurzeit im Markt vorherrschenden Apothekeneinkaufspreise (Verkaufspreise der Hersteller). Der Aufschlag einer adäquaten Handelsmarge, die zur Ermittlung eines für die Leistungserbringer auskömmlichen Erstattungspreises essentiell ist, wurde offensichtlich unterlassen.

Die oben beschriebene Vorgehensweise entbehrt jeder Reflexion der gegebenen Verhältnisse im Gesundheitsmarkt. Mit diesem Gebaren werden die Spitzenverbände der Krankenkassen ihrer Verantwortung gegenüber den Leistungserbringern und – vor allem – den Patienten nicht gerecht. Es muss unterstellt werden, dass es unter Missbrauch der monopolistischen Stellung mit diesem Preisdiktat nur darum geht, die Festbeträge maximal zu senken – koste es, was es wolle. **Eine durchschnittliche Absenkung der Festbeträge um 15,4 % in allen Produktbereichen ist als willkürlich und sittenwidrig anzusehen. Dieser Missbrauch der marktbeherrschenden Stellung der Krankenkassen widerspricht zudem Art. 82 EG.** Selbst wenn der EUGH der Festsetzung von Festbeträgen durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht widersprochen hat, so wurde das europäische Wettbewerbsrecht dadurch nicht per se außer Kraft gesetzt. Auch wenn die Finanzsituation in der GKV prekär ist, so darf insbesondere im Bereich der Stomaversorgung nicht derart willkürlich und verwaltungsbürokratisch eine Festlegung von Preisen erfolgen, der jegliche kalkulatorische Basis fehlt.

Eine potentielle Argumentation, mit diesen Preisen sei eine Versorgung auf Landesebene möglich gewesen, ist schlichtweg falsch und schlägt fehl, da nicht die Betrachtung einzelner Produkte und Produktpreise die Versorgung von Stomapatienten bestimmt, sondern ein sehr umfangreiches Produktportfolio pro Patient notwendig ist. So konnten auf Landesebene für Leistungserbringer nicht rentable Festbeträge durch weitere adäquate Festbeträge ausgeglichen werden. **Eine bloße Zusammenstellung der jeweils niedrigsten Festbeträge der Bundesländer entbehrt jeglicher kalkulatorischer Logik und ist eindeutig abzulehnen.**

## **V. Auswirkungen der Festbeträge auf die Patientenversorgung**

### **1. Darstellung der Entwicklung der Versorgung von Stomaträgern**

Die Entwicklung der Versorgung von Stomapatienten hat sich in den letzten 10 Jahren grundlegend geändert. Davon ausgehend, dass ein Stomapatient vor 10 Jahren noch ca. 14 Tage nach der Operation in der Klinik gelegen hat, sind es heute unter DRG-Gesichtspunkten im Durchschnitt nur noch 10 Tage.

Ein frischoperierter Patient ist erst nach 4 bis 6 Tagen physisch (Dauerkatheter, Drainage, Magensonde) in der Lage, sich auf seine Versorgungssituation einzulassen. Die fachliche Anleitung zur Selbstversorgung findet deshalb heute nur noch in den Anfängen in der Klinik statt. Bereits hier kommt dem Homecarebereich eine entscheidende Rolle in der Überleitung vom stationären in die ambulante Versorgung zu.

Der Betroffene ist oft mit der psychischen Belastung und der Einstellung auf seine neue Lebenssituation grundlegend überfordert. Jede Stomaanlage erfordert eine individuelle Anpassung von Hilfsmitteln unter Berücksichtigung der operativen Gegebenheiten und der physischen und psychischen Situation des einzelnen Patienten. Dies gilt unabhängig davon ob es sich um eine endständige oder um eine temporäre Stomaanlage handelt.

Der Patient wird sofort in der postoperativen Phase mit der Handhabung und der Versorgung seines Stomas konfrontiert, kommt ohne fremde Hilfe von ausgebildetem Fachpersonal nicht zurecht, zumal auch noch die postoperative Betreuung durch einen Pflegedienst aus dem Behandlungspflegekatalog gestrichen worden ist.

### **2. Hohe Versorgungsqualität für Stomapatienten und deren Bedeutung**

Die moderne Chirurgie und die Rehabilitationsmedizin sowie die Industrie und Homecare-Unternehmen haben dafür gesorgt, dass der Stomaträger heute vielfach ohne größere Einschränkungen in seinem beruflichen und privaten Umfeld leben kann. Eine Voraussetzung dafür sind die hochwertigen Stomaprodukte der Industrie.

Die andere, in der Praxis ebenso unverzichtbare Voraussetzung für die Lebensqualität des Stomaträgers ist eine professionelle Versorgung und Beratung des Patienten im klinischen wie im ambulanten Bereich, die von eigens für diese Aufgabe ausgebildeten Entero-Stomatherapeuten und examinierten Krankenschwestern und –pflegern wahrgenommen wird und den aktuellen Erkenntnissen der modernen Medizin und Pflegewissenschaft entspricht.

Die Aufgaben von Homecare-Unternehmen sind dabei vielfältig: Sie reichen von der Beratung über Anpassung der modernen Versorgungsanlagen an wechselnde physische und psychische Grundbedingungen bis hin zur kontinuierlichen Beratung und rechtzeitigen Erkenntnis sowie Prophylaxe der zahlreichen Komplikationen, welche ein Stoma mit sich bringen kann. Vor wenigen Jahren hatten ca. 70 % der Stomaträger mit Komplikationen zu kämpfen. Diese Rate konnte durch professionelle Betreuung und Beratung der Leistungserbringer um ca. 20 % gesenkt werden.

### **3. Die geplanten bundesweiten Festbeträge für Stomaartikel gefährden unverzichtbare Qualitätsstandards in der Versorgung**

Medizin, Industrie und Homecare-Unternehmen haben in den vergangenen 25 Jahren einen hohen Qualitätsstandard geschaffen, der für eine angemessene Versorgung der Stomapatienten unverzichtbar ist.

Im Zusammenhang mit der Einführung bundesweiter Festbeträge für Stomaartikel durch die gesetzlichen Krankenkassen ist eine Reduzierung der Erstattungspreise um durchschnittlich 15,4 % vorgesehen. Damit ist die Grenze der Finanzierbarkeit der bislang freiwilligen, jedoch medizinisch dringend notwendigen Beratungs- und Versorgungsleistungen der Homecare-Unternehmen überschritten. Auch Forschung und Entwicklung durch die Industrie kann es in diesem Umfang nicht mehr geben.

**Am härtesten aber sind die Patienten betroffen: Ihre Versorgung wird sich erheblich verschlechtern. Homecare-Unternehmen werden bislang freiwillig erbrachte und finanzierte Beratungs- und Versorgungsleistungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen drastisch kürzen oder gänzlich einstellen. Die Komplikationsrate und somit die Folgekosten für die Krankenkassen wird sich damit wieder dramatisch erhöhen.**

### **4. Qualifizierte Beratung und Versorgung ist unverzichtbar**

**Kompetente Stomaversorgung erfordert weit mehr als nur die Auswahl und den Versand von Produkten. Ein unverzichtbarer Kernbestandteil der qualifizierten Versorgung ist vielmehr die kontinuierliche persönliche Beratung und Versorgung des Stomaträgers.**

Durch die Veränderung des Stomas in den ersten Monaten ist es wichtig, dass eine Inspektion der Stomaanlage und evtl. eine Größen- oder Versorgungsanpassung stattfindet.

Da Komplikationen wie Hernie, Prolaps, Allergien und Hautprobleme meistens erst später auftreten, ist eine kontinuierliche Beratung und Stomakontrolle auch nach einem Jahr noch erforderlich.

Die kontinuierliche Ermittlung der Sachstände

- :: Eruierung auftretender Versorgungsprobleme
- :: Entwicklung eines individuellen Versorgungsmodells
- :: Entwicklung von möglicherweise notwendigen Versorgungsalternativen
- :: Prävention und Behandlung möglicher Komplikationen und ständige Ermittlung des tatsächlichen Materialbedarfs

ist unersetzlich, um einen sicheren Umgang und wirtschaftlichen Einsatz von Hilfsmitteln zu gewährleisten.

### **Acht Gründe, die eine qualifizierte Beratung im ambulanten Bereich unabdingbar machen:**

#### **Erster Grund: Schock vor und nach der Operation**

Viele Patienten stehen vor und nach der Operation unter Schock und sind nicht in der Lage, sich voll und ganz auf die notwendigen Anleitungen zum Umgang mit ihrer Versorgung zu konzentrieren. Die fachliche und persönliche Beratung durch den Stomatherapeuten ist daher besonders wichtig!

#### **Zweiter Grund: Verkürzte Liegezeiten im Krankenhaus**

Durch den allgemeinen Kostendruck im Gesundheitswesen, insbesondere durch die Einführung der DRGs im Krankenhaus, haben sich die Liegezeiten gegenüber der Vergangenheit beträchtlich verkürzt.

#### **Dritter Grund: Kostendruck und Outsourcing im Klinik-Bereich**

Der Kostendruck, unter dem die Akut-Krankenhäuser wie auch die Reha-Kliniken stehen, wirkt sich auch auf die Personalpolitik der Krankenhäuser aus. Oft werden keine ausgebildeten Stomatherapeuten beschäftigt. Die Stomatherapie ist in den ambulanten Bereich ausgelagert worden.

#### **Vierter Grund: Überlastung der Haus- und Fachärzte**

Von der rechtlichen Seite her sind die Haus- und Fachärzte zwar für die angemessene ärztliche Versorgung der Stoma-Anlage zuständig, faktisch nehmen sie diese Aufgabe nicht wahr. Hintergrund: Zum einen wird das Thema Stoma in der ärztlichen Ausbildung nur am Rande berührt, zum anderen haben z. B. Hausärzte pro Jahr nur rund zwei Stomapatienten und damit nicht die nötige Praxis in der Beratung und Versorgung des Patienten.

#### **Fünfter Grund: Normaler Korrekturbedarf**

Stoma-Anlagen haben mit ca. 80 % einen ausgesprochen hohen Korrekturbedarf, der sich vor allem durch Größenveränderung der Anlage in den ersten sechs Monaten nach der Operation als Folge der häufigen Gewichtsab- oder -zunahme erklärt.

#### **Sechster Grund: Komplikationen**

Die Zahl der durch die Krankheitsgeschichte oder eine defizitäre Versorgung bedingten Früh- und Spätkomplikationen, die unter Umständen auch eine weitere Operation notwendig machen, war 1997 mit rund 70 % ebenfalls außergewöhnlich hoch.

Durch den Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzes in den letzten Jahren konnten diese Komplikationen unter 50 % gesenkt werden.

#### **Siebenter Grund: Psychosoziale Belastung**

Stomapatienten stehen nicht nur vor und nach ihrer Operation, sondern auch später nicht selten unter großen psychosozialen Belastungen. 70 – 80 % der Patienten leiden an körperlichen und psychovegetativen Beschwerden, rund 50 % können ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben und weitere 40 % leiden an sexuellen Funktionsstörungen.

#### **Achter Grund: Multimorbidität und Mehrfachbehinderungen im Alter**

Ca. 80 % der Stomapatienten befinden sich in einem Alter, in dem die Zahl der Mehrfacherkrankungen zunimmt und mit erheblicher Beeinträchtigung elementarer Grundfunktionen verbunden ist.

## **VI. Homecare-Unternehmen setzen Qualitätsstandards**

## Das Beratungsmodell

Bei der Definition der Festbeträge für Stomaartikel durch die Krankenkassen darf nicht nur der Produktpreis berücksichtigt werden. Vielmehr spielen klar definierte Qualitätsstandards für die Beratung des Stomapatienten, vor allem mit Blick auf die medizinisch und versorgungstechnisch notwendige Beratungsfrequenz, eine entscheidende preisbildende Rolle.

Vor diesem Hintergrund wurde gemeinsam mit Herrn Prof. Dr. med. Hermann Delbrück ein Modell entwickelt, das die medizinische und pflegerisch notwendigen Beratungsfrequenzen im ersten Jahr definiert:

**Tabelle 1: Beratungsmodell**

Beratungsphase	Notwendige Beratungsfrequenz
<b>präoperative Phase (Dauer: 2 Tage)</b>	<b>1 Beratungsgespräch</b>
<b>postoperative Phase bis zur Klinik-Entlassung (Dauer: ca. 10 Tage)</b>	<b>3 Beratungsgespräche</b>
<b>Phase nach AHB (Dauer: ca. 6 Wochen)</b>	<b>1 Beratungsgespräch</b>
<b>Phase der Folgeversorgung bis zum Ablauf des ersten Versorgungsjahres (Dauer: ca. 9. Monate)</b>	<b>9 Beratungsgespräche (ca. alle 4 Wochen)</b>

Legt man die durchschnittliche Beratungsfrequenz von 14 Beratungsgesprächen zugrunde, welche bis zu jeweils 60 Minuten dauern, so ergeben sich daraus 14 Stunden Beratung pro Neuanlage, die von Homecare-Unternehmen durchgeführt werden. Bei einer jährlichen Zahl von 32.000 Neuanlagen, von denen rund 50 % endständige Neuanlagen, rund 50 % temporäre Anlagen darstellen, ergibt dies hochgerechnet insgesamt 352.000 Beratungsgespräche bzw. Zeitstunden zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgungsqualität (14 Beratungsstunden pro Jahr bei endständigen Neuanlagen, 8 Beratungsstunden pro Jahr bei temporären Anlagen).

Bei den von den Spitzenverbänden zur Verfügung gestellten Unterlagen wird einleitend erwähnt, dass die vorgeschlagenen Festbeträge sämtliche im Zusammenhang mit der Abgabe der Produkte entstehenden Kosten (z. B. die Materialkosten, die Einweisung in die Handhabung der Produkte und andere Serviceleistungen) einschließen.

Die Effizienz und der Erfolg dieses Beratungsmodells hat sich in den vergangenen Jahren bereits positiv ausgewirkt. Dies dokumentiert sich in der Reduktion der unerwünschten Begleiterscheinungen, der Verringerung der Komplikationen um über 20 % und einem hohen Versorgungsstandard.

## VII. Bewertung der vorgeschlagenen Festbetragsabsenkung

## 1. Aus Sicht der Leistungserbringer

Die Absenkung der Festbeträge für Stomaartikel stellt nach der ersten Festbetragswelle 1993/1994, der zweiten Absenkung 1997/1998, nunmehr die dritte Absenkung der nominellen Erstattungspreise für Stomaprodukte dar. Die bundesweite Absenkung, bei deren Ermittlung die unterschiedlichen Festbetragsniveaus der einzelnen Länder und die bundesweite Abgabehäufigkeit der einzelnen Produktgruppen berücksichtigt wurden, beträgt im gewichteten Mittel 15,4 %. Dabei reicht die Absenkung von 7,3 % in Brandenburg bis 27,2 % in Baden-Württemberg.

Basierend auf dem Entwurf der Spitzenverbände der Krankenkassen ergibt sich im Vergleich zum 1993/1994 herrschenden Festbetragsniveau für die nominale Entwicklung der Erstattungspreise der wichtigsten Produktgruppen im Bereich der Stomaversorgung in einzelnen Bundesländern folgendes Bild.

**Tabellen 2 bis 5: Entwicklung der nominalen Erstattungspreise für Stomaartikel in ausgewählten Bundesländern**

### Nordrhein-Westfalen

FB-Gruppe	Index 1994	Index 1997	Index 2004 (Entwurf)
29.26.01.0	100	89,4	69,1
29.26.01.2	100	94,8	78,3
29.26.05.0	100	90,5	84,5

### Schleswig Holstein

FB-Gruppe	Index 1994	Index 1998	Index 2004 (Entwurf)
29.26.01.0	100	71,4	62,0
29.26.01.2	100	82,9	71,0
29.26.05.0	100	85,2	79,5

### Rheinland-Pfalz

FB-Gruppe	Index 1993	Index 1997	Index 2004 (Entwurf)
29.26.01.0	100	74,7	64,9
29.26.01.2	100	86,0	73,7
29.26.05.0	100	90,9	84,9

### Saarland

FB-Gruppe	Index 1993	Index 1997	Index 2004 (Entwurf)
29.26.01.0	100	69,2	60,1
29.26.01.2	100	82,3	70,5
29.26.05.0	100	77,7	72,5

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Indizes der Jahre 1993/94 bereits die erste Reduzierung der Erstattungspreise für Stomaartikel von durchschnittlich 20 % beinhaltet.

Die tatsächliche Entwicklung der Erstattungspreise gestaltet sich noch dramatischer, wenn man die Teuerungsraten der Jahre 1993/94 bis heute mit berücksichtigt. Unter Einbeziehung des inflationsbedingten Geldwertverlustes ergibt sich eine zusätzliche Verschlechterung des realen Erstattungspreises um 16,0 % (Basis 1993) resp. 14,7 % (Basis 1994).

**Tabelle 6: Entwicklung Inflationsrate und des realen Geldwertes von 1993 bis 2004**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Mai 04
Entwicklung der Inflationsrate / des Verbrauchspreisindex zum Vorjahr in %	4,4%	2,7%	1,7%	1,5%	1,9%	0,9%	0,6%	1,4%	2,0%	1,4%	1,1%	2,1%
Indexentwicklung des Geldwertes auf Basis 1993	100	97,3	95,6	94,2	92,4	91,6	91,0	89,8	88,0	86,7	85,8	84,0
Indexentwicklung des Geldwertes auf Basis 1994		100	98,3	96,8	95,0	94,1	93,6	92,3	90,4	89,1	88,2	86,3

Das heutige reale Erstattungspreisniveau ist im Vergleich zu 1993/94 für die wichtigsten Produktgruppen bereits um 20 bis 40 % gesunken. Die im Entwurf vorgesehene neuerliche Absenkung erhöht den realen Preisverfall auf teilweise über 60 %.

In der bundesdeutschen Leistungserbringerlandschaft und insbesondere im personalintensiven Homecare-Bereich können Umsatzverluste in dieser Größenordnung nicht durch Einspa-

rungen in den Prozesskosten aufgefangen werden. Es ist davon auszugehen, dass alle beratenden Leistungserbringer nicht mehr am Markt teilnehmen können. Die "Leistung" der noch im Markt verbleibenden Leistungserbringer wird sich auf den logistischen Prozess der reinen Produktabgabe reduzieren müssen und nicht mehr dem Sachleistungsprinzip entsprechen.

### **Mehrwertsteuerproblematik**

Die vorgeschlagenen Festbeträge enthalten bereits die Mehrwertsteuer. Die Preisbildung muss ohne Berücksichtigung dieser Steuer erfolgen, da Leistungserbringer und Hersteller auf diesen Faktor keinen Einfluss haben. Bereits in der Vergangenheit wurden Steuererhöhungen nicht durch eine Anpassung von Vertrags- bzw. Festbeträgen kompensiert. Vielmehr kamen Mehrwertsteuererhöhungen einer Absenkung der Festbeträge gleich.

## **2. Aus Sicht der Industrie**

Von Seiten der Hersteller wurde in den vergangenen Jahren unter Preisdisziplin – trotz Nichtanpassung der Festbeträge und Mehrwertsteuererhöhungen – durch ständige Innovationen das Niveau auf dem aktuell medizin-technischen Standard aufrecht erhalten. Mit der Einführung der einheitlichen Festbeträge besteht die Gefahr, diesen Versorgungsstandard nicht mehr flächendeckend allen Patienten ohne zusätzliche Aufzahlung zur Verfügung stellen zu können. Zusätzlich wird weiteren medizinisch notwendigen Produktverbesserungen der Marktzutritt Mangels unangemessener Erstattungsniveaus im Vergleich zu Entwicklungskosten verwehrt. Dieses widerspricht der Verbesserung der Versorgungsqualität durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz.

Durch die Vielzahl verschiedener Stomaanlagen ist der Patient auf unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten angewiesen. Die Industrie ist ständig gefordert, neuartige Versorgungsmaterialien zu entwickeln, um den Anforderungen für eine individuelle Versorgung des Patienten gerecht zu werden.

Multi- und Co-Morbiditäten sowie vielseitige Hautprobleme haben in der Vergangenheit sowohl Entwicklungen in der Haft-, Klebe- und Adhäsivtechnik sowie im hautfreundlichen und bio-kompatiblen Material der Stomabeutel und Basisplatten erforderlich gemacht.

Unter dem Aspekt des technischen Fortschritts und der damit verbundenen Entwicklungskosten sind durch die vorgeschlagenen einheitlichen Festbeträge medizinisch notwendige Stomahilfsmittel zukünftig nicht ohne zusätzliche Aufzahlung der Patienten finanzierbar. Die Reduzierung der Erstattungspreise um durchschnittlich 15,4 % durch die vorgeschlagenen einheitlichen Festbeträge gefährdet den derzeitigen Versorgungsstandard der Stomapatienten.

Nach §§ 2, 70 SGB V ist die GKV verpflichtet, eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung sicherzustellen. Eine erneute Absenkung der Festbeträge von bis zu 62 % im Einzelfall lässt der Industrie keinen Spielraum mehr, Innovationen für die Versorgung von Stomaträgern bereitzustellen.

## **3. Aus Sicht der Sozialversicherung**

Die im Entwurf niedergeschriebenen Absenkungen der Festbeträge im Bereich der Stomaversorgung reduzieren den Markt für Hilfsmittel zur Stomaversorgung im Vergleich zu den heute etablierten Festbeträgen um ca. 40 Mio. €. Diesen oberflächlichen Kosteneinsparungen sind die absehbaren Kostensteigerungen, die durch die Veränderung der Versorgungslandschaft eintreten werden, gegenüber zu stellen. Eine genauere Bezifferung dieser Folgekosten ist nicht möglich – wohl aber eine qualitative Beschreibung derselben:

:: Stomaträger sind – auf Grund der immer noch hohen Komplikationsrate von 50 % - eine beratungsintensive Patientenklientel. Wenn die Leistungserbringer diesen Bera-

tungsbedarf zukünftig nicht mehr decken können, werden vermehrt die Hausärzte frequentiert werden. Dies verursacht ersichtlich zusätzliche Kosten für die Krankenkassen – insbesondere im Hinblick auf die Einführung des EBM 2000plus. Auf Grund der mangelnden Expertise der niedergelassenen Ärzte kann darüber hinaus nicht davon ausgegangen werden, dass auch nur annähernd die gleiche Versorgungsqualität gewährleistet werden kann.

- :: Die daraus abzuleitenden Fehl- oder Schlechtversorgungen (falsche und/oder minderwertige Produkte) werden in Kombination mit dem nicht mehr stattfindenden Anlernen der Patienten, was das Handling der Versorgung angeht, einen höheren Materialeinsatz pro Patient mit sich bringen.
- :: Bei auftretenden Komplikationen, die Mangels regelmäßiger Kontrolle durch ausgebildete Stomafachkräfte der Leistungserbringer erst später erkannt werden, wird es verstärkt zu einer stationären (Wieder-) Aufnahme von Stomaträgern in Krankenhäuser kommen. Nicht selten werden Re-Operationen – etwa im Fall einer unbehandelten Hernie oder eines Prolaps – nötig werden.
- :: Ohne adäquate, regelmäßige Betreuung von älteren Stomaträgern durch qualifizierte Stomafachkräfte der Leistungserbringer werden diese Patienten vermehrt durch Pflegedienste betreut oder – in schwerwiegenden Fällen – in stationäre Pflegeeinrichtungen untergebracht werden müssen.

Insgesamt scheint es mehr als fraglich, ob die Absenkung der Festbeträge bei ganzheitlicher Betrachtung der entstehenden Kosten innerhalb des Sozialversicherungssystems überhaupt zu Kosteneinsparungen führen kann.

## VIII. Vorschlag zur Neufestsetzung bundeseinheitlicher Festbeträge

Der Vorschlag des BVMed basiert auf der bereits erwähnten Bundesempfehlung für die Höhe von Festbeträgen für Stomaartikel aus dem Jahre 1997. Diese Empfehlung, die nahezu deckungsgleich bereits in zehn Bundesländern etabliert wurde, ist für die Jahre seit 1997 so zu dynamisieren, dass die gestiegenen Kosten (hierbei sind an erster Stelle die Lohn- und Gehaltsteigerungen und die Verkürzung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zu nennen) auf der Seite der Leistungserbringer zumindest partiell ausgeglichen werden. Hierbei sollten die Inflationsraten der vergangenen Jahre zur Anwendung kommen. Dem gegenüber stehen fraglos auch Produktivitätsgewinne bei den Leistungserbringern, die bei einer Dynamisierung zu berücksichtigen sind. Diese werden auf 50 % der Inflationsrate geschätzt. Der BVMed regt deshalb an, die Festbeträge in Höhe der Bundesempfehlung von 1997 um die Hälfte der jährlichen Inflationsraten seit 1997 zu dynamisieren, wie in Tabelle 7 dargestellt.

**Tabelle 7: Dynamisierungsraten unter Berücksichtigung von Inflation und Produktivitätsgewinn**

Jahr	Inflationsraten*	Produktivitätsgewinn (50% der Inflationsrate)	Netto-Dynamisierung
1997	1,90%	0,95%	0,95%
1998	0,90%	0,45%	0,45%
1999	0,60%	0,30%	0,30%
2000	1,40%	0,70%	0,70%
2001	2,00%	1,00%	1,00%
2002	1,40%	0,70%	0,70%
2003	1,10%	0,55%	0,55%

\* Quelle: Statistisches Bundesamt

Bei der Neufestsetzung der folgenden Produktgruppen

::	29.26.01.0	::	29.26.01.1	::	29.26.01.2	::	29.26.01.3
::	29.26.02.0	::	29.26.02.1	::	29.26.02.2	::	29.26.02.3
::	29.26.04.0	::	29.26.04.1				

muss der Festbetrag des heute getrennt abrechenbaren integrierten Filters auf den Festbetrag des jeweiligen Beutels aufgeschlagen werden. Erst dann kann auf eine – grundsätzlich zu begrüßende – gesonderte Abrechnung des Filters verzichtet werden. Auch hierbei ist bezüglich der Höhe der aufzuschlagenden Filtererstattung die Bundesempfehlung zugrunde zu legen und danach, wie beschrieben, zu dynamisieren.

Der BVMed fordert, die Festbeträge auf Basis des Nettopreises exklusive der Mehrwertsteuer festzulegen. Eine für die Zukunft relativ wahrscheinliche Erhöhung der MwSt. darf nicht aus der ohnehin knappen Marge der Leistungserbringer finanziert werden. Eine Steuererhöhung führt zu einer Senkung des betriebswirtschaftlich nötigen Deckungsbeitrages für die Leistungserbringer und somit zu einer verdeckten Preissenkung. Diese wird mittelbar eine Leistungskürzung bzw. eine weitere Aufzählung für den Versicherten nach sich ziehen.

Eine Übersicht der so dynamisierten Festbeträge pro Festbetragsgruppe ist dieser Stellungnahme als **Anlage 1** beigelegt

## IX. Fazit

Die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel kann in einigen Bereichen, wie beispielsweise in der Stomaversorgung, sinnvoll sein. Führen diese Festbeträge jedoch dazu, dass eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten nicht mehr gewährleistet werden kann, müssen Festbeträge grundsätzlich in Frage gestellt werden.

Das Stomapatienten nach medizinischer Erkenntnis zwingend auf die aktive Unterstützung qualifizierter medizinischer Fachkräfte im klinischen wie im ambulanten Bereich angewiesen sind, steht außer Frage. Vor diesem Hintergrund haben Industrie und Homecare-Unternehmen in den letzten Jahren alle erdenklichen Anstrengungen unternommen, um durch neue Produkte und vielseitige Dienstleistungen eine Stomaversorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Investiert wurde nicht nur von Herstellern in Forschung und Entwicklung moderner Versorgungsprodukte, sondern auch in ein bundesweit flächendeckendes Betreuungsnetzwerk kompetenter Leistungsanbieter, die die medizinisch, wie pflegerisch gebotene Versorgung des Patienten mit eigens für diese Aufgabe ausgebildeten Stomatherapeuten sicherstellen.

Um so bedenklicher ist es, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen mit ihrer aktuellen bundesweiten Festbetragspolitik den erreichten Qualitätsstandard der Stomaversorgung in einem Maße in Frage stellen, der sowohl **die Gesundheit des Patienten** als auch **die Existenz von Homecare-Unternehmen und Industrie** leichtfertig aufs Spiel setzt.

**Bereits bei Einführung der Festbeträge im Jahre 1993 lagen die Margenverluste der Homecare-Unternehmen im zweistelligen Prozentbereich. Diese konnten damals noch weitgehend dadurch ausgeglichen werden, dass die Industrie trotz einer allgemeinen Kostensteigerung von rund 2 % jährlich bis heute auf jede Preiserhöhung verzichtet hat. Im Jahr 1997 wurden die existierenden Festbeträge für Stomaartikel um durchschnittlich weitere 20 % reduziert. Bereits diese Maßnahme hat zu Insolvenzen zahlreicher Leistungserbringer sowie zu Einschnitten in der Patientenversorgung geführt.** Eine weitere Reduzierung um durchschnittlich 15,4 % im Rahmen der Einführung bundesweiter Festbeträge für Stomaartikel bedeutet effektiv ein Aussterben des Versorgungssegmentes "Homecare-Stomaversorgung" auf dem Rücken der Patienten.

Die Leistungsinvestitionen von Homecare-Unternehmen können nicht mehr im medizinisch notwendigem Umfang aufgebracht werden. Forschung und Entwicklung werden reduziert,

zahlreiche Arbeitsplätze sind in Gefahr. Die härtesten Folgen dieser kurzsichtigen Politik wird jedoch, wie so oft, das mit Abstand schwächste Glied der Versorgungskette zu tragen haben, der Stomapatient selbst. Dieser wird, wenn er seinen Versorgungsstandard halten möchte, mit zusätzlichen Aufzahlungen belastet werden.

Es sollte zu denken geben, wenn namhafte und mit dem Thema seit vielen Jahren vertraute Mediziner von einer katastrophalen Entwicklung für den Patienten und einer Kostenlawine sprechen, die auf uns zurollen wird, sollte das unentbehrliche Standbein der ambulanten Stomaversorgung durch Homecare-Unternehmen wegbrechen.

**Unsere Erwartungen und Forderungen an die bundesweiten Festbeträge für Stomaartikel nochmals zusammengefasst:**

- :: Wir befürworten die Einführung bundesweiter Festbeträge für Stomaartikel und unterstützen die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesem Vorhaben.
- :: Wir lehnen jedoch entschieden eine weitere Reduzierung der Festbeträge für Stomaartikel um durchschnittlich 15,4 % ab.
- :: Wir schlagen die Festsetzung bundesweiter Festbeträge unter Berücksichtigung der Bundesempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen aus dem Jahre 1997 für bundesweit einheitliche Festbeträge (unter Beachtung eines bereinigten jährlichen Inflationsausgleichs) vor.
- :: Wir fordern eine Festsetzung von Netto-Festbeträgen. Die jeweils gesetzlich gültige Mehrwertsteuer ist zu addieren.

In Anbetracht der Tragweite dieser Anhörung bitten wir darum, zusätzlich zu unserer Stellungnahme nochmals mündlich angehört zu werden.

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.



Joachim M. Schmitt  
Geschäftsführer



Daniela Piossek  
Referat Krankenversicherung

Anlage (1)