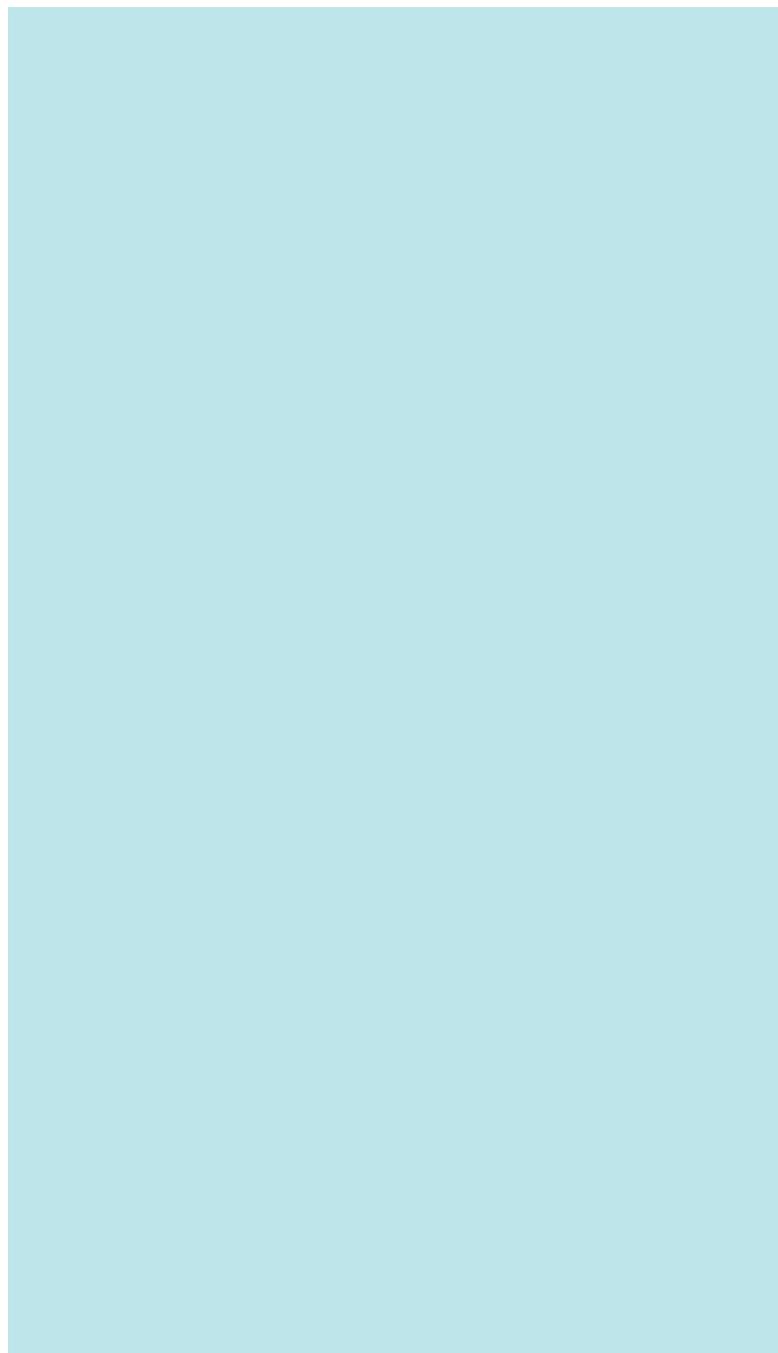
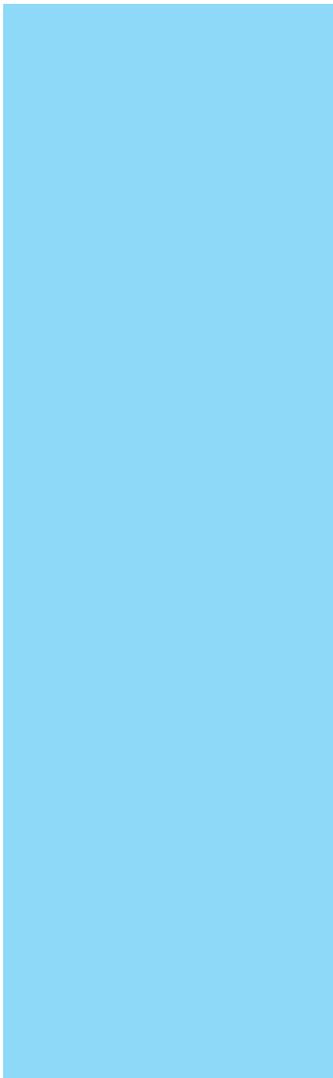


Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel

Zahlen, Daten, Fakten



Inhalt

Inkontinenz – ein wachsendes Problem	4
Inkontinenz in Deutschland: Zahlen, Daten, Fakten	6
Arten der Inkontinenz	8
Versorgungssituation	10
Inkontinenzhilfsmittel	13
Qualitätsanforderungen	14
Kosten der Inkontinenzversorgung	15
Leistungserbringer unter Druck	17
Konsequenzen aus aktueller Versorgungslage	19
Forderungen	22



Auf ein Wort

Seit Jahren beobachtet der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), dass Anspruch und Wirklichkeit in der Versorgung von Menschen mit Blasenschwäche immer weiter auseinanderklaffen. Einerseits haben die Hersteller immer bessere Medizinprodukte zur Inkontinenzversorgung entwickelt, mit denen Folgekrankheiten vermieden und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert – und nebenbei bemerkt auch Pflegekosten gespart – werden könnten.

Andererseits haben die meisten gesetzlichen Krankenkassen ihre Vergütungspauschalen für aufsaugende Inkontinenzhilfen in den letzten Jahren permanent reduziert und in ihre Vertragspolitik die Freiheit der Versicherten, selbst zu entscheiden, welchem Leistungserbringer sie sich anvertrauen und mit welchem Produkt sie versorgt sein wollen, ausgehebelt.

Gerade in einem Bereich, der scham- und tabubehaftet ist wie kaum ein anderer, verleitet eine inadäquate Versorgung die Betroffenen allzu leicht zum Rückzug aus der Gesellschaft. Die wünschenswerte soziale Teilhabe leidet. Der oder die Betroffene fühlt sich stigmatisiert.

Zu den eher psychischen Belastungen treten vermeidbare schmerzhaft körperliche Folgen: Hautirritationen oder Dekubitus. Durch den Einsatz moderner, individuell angemessener Produkte zur Inkontinenzversorgung ließe sich gewiss ein Teil dieser Belastungen vermeiden.

Festzuhalten bleibt, dass das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vom April 2017 – trotz guter erster Verbesserungsansätze – die kritische Versorgungssituation im Bereich der Inkontinenzhilfsmittel nicht wesentlich verbessert hat. Wie unter diesen Voraussetzungen das erklärte Ziel einer überwiegend aufzahlungsfreien Inkontinenzversorgung erreicht werden soll, die insbesondere einer Vielzahl mobiler Inkontinenzpatienten eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht, ist unklar.

Mit dieser Broschüre wollen wir die Entscheidungsträger in Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen, aber auch die Politik, für die Probleme der Inkontinenzversorgung sensibilisieren – natürlich in der Hoffnung, dass sie die Voraussetzungen für eine angemessene, leitliniengerechte Versorgung schaffen. Denn nur eine leitliniengerechte Versorgung ist eine zweckmäßige Versorgung.

Dr. Marc-Pierre Möll
Geschäftsführer

Inkontinenz – ein wachsendes Problem

Inkontinenz ist ein wachsendes Problem einer alternden Gesellschaft. Blasenschwäche und Stuhlinkontinenz zählen zu den häufigsten Ursachen für die kostenintensive Betreuung alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen.

Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung von Menschen mit Blasenschwäche oder Stuhlinkontinenz sollte daher schon allein aus Kostengesichtspunkten sicherstellen, dass Folgeerkrankungen vermieden werden und die Selbstständigkeit der Betroffenen erhalten sowie ihre gesellschaftliche Teilhabe so lange wie möglich gewährleistet wird.

Die Wirklichkeit in Deutschland sieht anders aus: Die ambulante und stationäre Versorgung gesetzlich Krankensversicherter, die unter Harn- oder Stuhlinkontinenz leiden, bleibt weit hinter den Anforderungen aktueller medizinischer Leitlinien und Pflegestandards an Inkontinenzhilfsmittel zurück, die eine möglichst individuelle Versorgung fordern.

Eine solche Versorgung erhält oft nur, wer bereit ist, die Differenz zwischen Kassenerstattung und tatsächlichem Preis aus eigener Tasche zu zahlen. Hier tut sich ein Widerspruch zwischen dem Sachleistungsanspruch des Fünften Sozialgesetzbuches (§ 33 SGB V), der eine Versorgung auf aktuellem Niveau intendiert, und der Realität auf.

Die aktuelle Lage

Die Situation ist im Wesentlichen durch zwei Aspekte geprägt:

- > Die Anpassung der Hilfsmittel der Produktgruppe 15 Inkontinenz ist erfolgt und hat die Qualität der Produkte deutlich verbessert.
- > Der reine Preiswettbewerb durch die Krankenkassen hat jedoch dazu geführt, dass sich die Erstattungssituation deutlich verschlechtert hat. Die erhöhten Produkthanforderungen und angehobenen vertraglichen Anforderungen spiegeln sich nach wie vor nicht in der Vergütung wider.



Die Versorgung ist durch Beitrittsverträge gekennzeichnet, die sich von der Erstattungshöhe eher an ehemaligen Ausschreibungen orientieren. Eine Umkehr der Preisspirale ist mit Wegfall der Ausschreibungen nicht eingetreten. Vielmehr hat sich die durchschnittliche Erstattungshöhe in den letzten fünf Jahren um nahezu ein Viertel reduziert¹.

Für das einzelne Inkontinenzprodukt heißt dies aber de facto, dass nach Abzug der Kosten für individuelle Beratung, Logistik und Verwaltung für das einzelne Produkt teilweise nur noch Beträge unter 8 Cent (netto) zur Verfügung stehen. Produktinnovationen werden durch solche Preise nicht honoriert.

Eine Versorgung, die den individuellen Anforderungen des einzelnen Patienten gerecht wird, ist zu Dumpingpreisen nicht möglich.

Alle Beteiligten – Krankenkassen, Patientenvertreter und Medizinproduktehersteller – sollten daher gemeinsam nach Wegen suchen, die Inkontinenzversorgung in Deutschland dem Stand von Medizin, Pflegewissenschaft und Produktentwicklung anzupassen, damit die Kosten nicht aus dem Ruder laufen.

¹ Eigene Berechnung

Inkontinenz in Deutschland: Zahlen, Daten, Fakten

Definition

Inkontinenz ist das Unvermögen, die Ausscheidung von Urin oder Stuhl willentlich zu steuern. Sie tritt meist als Folge oder Begleiterscheinung einer Grunderkrankung auf.

Betroffene

- > ca. 5 Mio.², manche Schätzungen sprechen von bis zu 9 Mio. Betroffenen
davon
- > ca. 1,3 Mio. Patienten, die ambulant durch die GKV versorgt werden
- > ca. 600.000 Patienten in Pflegeheimen

Prävalenz

Mit dem Lebensalter steigt die Zahl der Betroffenen. Während von den 40 Jahre alten Frauen 7,8 Prozent und von den Männern 3,6 Prozent an Inkontinenz leiden, sind es bei Achtzigjährigen jeweils 40 Prozent.^{3,4}

Schweregrade der Inkontinenz in der ambulanten Versorgung

- 52,0 % Grad 1: mittel
(Ausscheidung 600 bis 1.200 ml in 24 Stunden)
- 19,2 % Grad 2: schwer
(Ausscheidung 1.200 bis 1.800 ml in 24 Stunden)
- 28,6 % Grad 3: schwerst
(Ausscheidung über 1.800 ml in 24 Stunden)⁵

² Quelle: Deutsche Kontinenzgesellschaft

³ Berechnungen der Expertengruppe im BVMed

⁴ Füsgen und Barth Inkontinenzmanual 1987

⁵ Hilfsmittelverzeichnis, Stand: 2018



Inkontinenz in der stationären Versorgung

- > 77,5 % aller Bewohner von Alten- und Pflegeheimen leiden unter Inkontinenz.⁶

Inkontinenz in der ambulanten Versorgung

- > 70 % der Inkontinenzpatienten werden zu Hause versorgt.
- > 53 % aller von ambulanten Pflegediensten betreuten Personen leiden unter Inkontinenz.⁶

Persönlicher Bedarf an Inkontinenzprodukten

Wie viele Inkontinenzhilfsmittel ein Betroffener pro Tag benötigt, hängt von der persönlichen Situation ab. Im Durchschnitt kann in der ambulanten Versorgung von folgenden Zahlen ausgegangen werden:

Grad 1: mittlere Inkontinenz	2,6 Stück
Grad 2: schwere Inkontinenz	4,2 Stück
Grad 3: schwerste Inkontinenz	6,2 Stück
Gewichtet über alle Schweregrade	4,1 Stück

Anteil an GKV-Gesamtkosten

Anteil der Kosten für aufsaugende Inkontinenzprodukte an den GKV-Ausgaben: unter 0,2 %⁷

⁶ 3. Bericht des MDS „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“, April 2012

⁷ Hochrechnung der Expertengruppe im BVMed auf Basis des BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports 2019

Arten der Inkontinenz

Das Unvermögen, die Ausscheidung von Harn oder Stuhl willentlich zu kontrollieren, kann unterschiedlichste Ursachen haben. Das Spektrum reicht von der Verletzung des empfindlichen Verschluss-Systems der Blase durch Schwangerschaft und Geburt über degenerative Alterserscheinungen bis hin zur Störung des koordinierenden Nervensystems oder Schwächen der Blasen- oder Schließmuskulatur.

Harninkontinenz

Urologen unterscheiden folgende Arten einer Harninkontinenz, die auf Blasenfunktionsstörungen zurückzuführen sind:

- > Stress- oder Belastungsinkontinenz
- > Überlaufinkontinenz
- > Dranginkontinenz
- > Reflexinkontinenz
- > mobilitäts- oder altersbedingte Inkontinenzprobleme

Stuhlinkontinenz

Psychoorganische Störungen, Schädigung des muskulären Schließmuskelapparats, Speicherverlust des Enddarms, aber auch Diarrhoe oder Obstipation können Ursache einer Stuhlinkontinenz sein.



Therapie der Inkontinenz

Inkontinenz ist meist Symptom oder Begleiterscheinung einer Grunderkrankung, an der die Therapie der Inkontinenz stets ansetzen muss. Existiert kein adäquater Therapieansatz, was häufig der Fall ist, kann dem Patienten die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe nur durch angemessene Versorgung mit Inkontinenzprodukten erhalten oder verbessert werden. Saugstärke, Produktgröße, anatomische Gestaltung und damit Tragekomfort müssen individuell angepasst sein. Ziel ist es, Folgeerkrankungen, wie zum Beispiel Hautirritationen oder Dekubitus, zu vermeiden.

Angesichts der vielfältigen Ursachen gibt es keine Standardlösungen. Die Versorgung muss den individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst werden. Dies gilt für die Art des Inkontinenzhilfsmittels wie für die Häufigkeit des Produktwechsels.

Versorgungssituation

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, also auch mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten. Gesetzliche Grundlage ist § 33 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Der Sachleistungsanspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse wird durch das Hilfsmittelverzeichnis konkretisiert, das der GKV-Spitzenverband erstellt. Das Hilfsmittelverzeichnis listet alle verordnungsfähigen Hilfsmittel auf. Inkontinenzhilfsmittel sind als Produktgruppe 15 gelistet.

Die Eigenbeteiligung der Patienten bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 Prozent des Erstattungsbetrags, maximal jedoch 10 Euro pro Monat.

Versorgungsstrukturen

Nachdem die Festbetragsregelung für Inkontinenzhilfen 2017 vom GKV-Spitzenverband abgeschafft wurde, ist Grundlage der Abrechnung nicht mehr ein Festbetrag pro Produkt, sondern eine monatliche Pauschalvergütung. Konkret bedeutet dies die Erstattung einer Monatspauschale für die Inkontinenzversorgung auf Basis von Lieferverträgen mit Leistungserbringern, die aus Verhandlungen hervorgehen. Die bisher erfolgten Ausschreibungen sind mit einer Übergangsfrist von 6 Monaten für alle laufenden Ausschreibungen zum 30.11.2019 verboten worden.

Mehrkosten / Aufzahlung

Am 02.07.2019 hat der GKV Spitzenverband erstmalig den Mehrkostenbericht für den Zeitraum 30.06. bis 31.12.2018 veröffentlicht. Insgesamt hat sich herauskristalisiert, dass die Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Hilfsmitteln zu 82% mehrkostenfrei ohne wirtschaftliche Aufzahlung durchgeführt werden. Lediglich 18% der Versicherten zahlen eine wirtschaftliche Aufzahlung, die bei durchschnittlich 118 € liegt. Gleichzeitig wurden einige Produktgruppen benannt, bei denen der GKV Spitzenverband weiteren Regelungsbedarf bei den Versorgung mit Mehrkosten sieht, wie z. B. die PG 15 Inkontinenz (Anteil an Versorgung mit Mehrkosten liegt bei 15,55% und die durchschnittlichen Mehrkosten in dem Untersuchungszeitraum mit 72,16 € beziffert)

Alle Produktgruppen wurden gleich betrachtet, unabhängig davon, ob es sich bei den Produktgruppen um zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel handelte oder um zum Gebrauch bestimmte Hilfsmittel.

Der GKV Spitzenverband hat auf Basis der gelieferten Daten je PG des HMV zum einen die Versorgungsfälle in % und zum anderen die durchschnittlichen Kosten je Versorgungsfall ermittelt, ohne Differenzierung nach Gebrauchs-/Verbrauchshilfsmitteln. Dies hat zum Teil zu irreführenden Mehrkostenbeträgen pro Versorgungsfall geführt.

Bei den Inkontinenzversorgungen handelt es sich um zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel. Um eine aussagefähige Interpretation vornehmen zu können muss die Betrachtung auf den Versorgungszeitraum Monat abgestellt werden. Das ist im Bericht nicht erfolgt. Dadurch wird insbesondere bei der Kennzahl der durchschnittlichen Mehrkosten je Versorgungsfall ein irreführender Betrag ausgewiesen, der zu Fehlinterpretationen verleiten kann. Zudem ist zu beachten, dass bei der Inkontinenzgruppe 15 aufsaugende und ableitende Inkontinenzhilfen zusammen betrachtet wurden. Legen wir bei der Produktgruppe 15 Inkontinenz die Mehrkosten pro Versorgungsfall auf eine Monatsbetrachtung um, ergibt sich ein Betrag von 12,03 €.

Ausschreibungsverbot für Hilfsmittel

Aufgrund der Verschlechterung der Versorgungssituation durch Ausschreibungen hat der Gesetzgeber dem einen Riegel vorgeschoben. Mit Inkrafttreten des Terminalservicegesetzes (TSVG) zum 11.05.2019 sind Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich generell verboten. Dies betrifft auch alle laufenden Ausschreibungen, sie sind mit einer Übergangsfrist von 6 Monaten zum 30.11.2019 verboten worden.

Verhandlungsverträge bzw. Beitrittsverträge

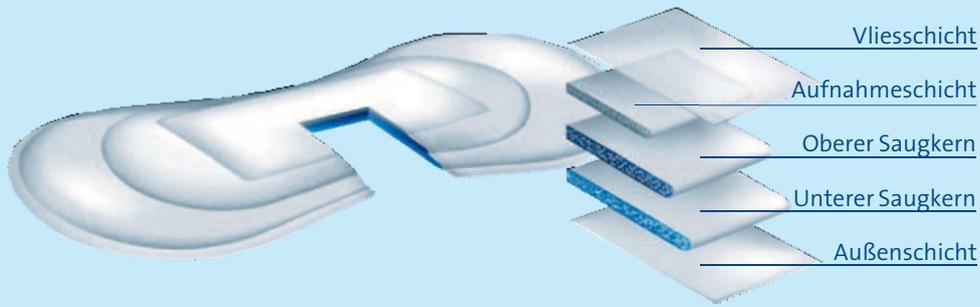
Die Versorgung wird in Verhandlungsverträgen, den sogenannten Beitrittsverträgen, geregelt. Die Vertragspartner sind Krankenkassen und Leistungserbringer bzw. deren Verbände. Die Inhalte ihrer Vereinbarung werden anschließend veröffentlicht. Weitere Leistungserbringer können den Verträgen beitreten und in die Versorgung einsteigen. Die Monatspauschalen liegen bei Verhandlungsverträgen bzw. Beitrittsverträgen im ambulanten Bereich zwischen 23,95 bis unter 10,00 Euro (netto). Für Behinderte oder Kinder werden teilweise Beträge von bis zu 32,00 Euro (netto) erstattet.

Aufzahlung

Patienten haben gegenüber ihrer Krankenkasse einen gesetzlichen Anspruch auf individuell notwendige Inkontinenzprodukte in ausreichender Qualität und Menge ohne Aufzahlung.

Gleichwohl kann der Patient auf eigenen Wunsch eine höherwertige Versorgung erhalten. Die Differenz zwischen Kassenerstattung und tatsächlichem Preis zahlen die Betroffenen aus eigener Tasche. Die Aufzahlung darf nicht mit der gesetzlichen Zuzahlung verwechselt werden, von der sich Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen befreien lassen können.

Aufbau eines Inkontinenzhilfsmittels



Inkontinenzhilfsmittel

Um den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, haben die Hersteller die Inkontinenzhilfsmittel zum einen permanent weiterentwickelt, zum anderen bieten sie unterschiedlichste Produktarten an. Im Wesentlichen lassen sich folgende Produktsysteme unterscheiden:

- > Anatomisch geformte Einlagen, die in die Unterwäsche eingelegt werden.
- > Anatomisch geformte Vorlagen, die durch Netzhosen fixiert werden: diese werden wie eine Unterhose über die Vorlagen gezogen.
- > Inkontinenzslips, bei denen Vorder- und Hinterseite in der Regel durch wiederverschließbare Haft- oder Klettstreifen miteinander verbunden werden.
- > Inkontinenzhosen, die die Ausscheidungen aufnehmen und quasi als Einmal-Unterwäsche getragen werden.

Die einzelnen Produkte sind für unterschiedliche Körpergrößen und Saugstärken verfügbar.

Aufbau von Inkontinenzhilfsmitteln

Alle Inkontinenzhilfsmittel sind im Prinzip ähnlich aufgebaut: Sie besitzen eine flüssigkeitsundurchlässige Außenschicht aus Polyethylenfolie, die wiederum eine Saugmatte umhüllt. Diese aus langfaseriger Zellulose bestehende Saugmatte hat die Aufgabe, die Flüssigkeit rasch an den Saugkern weiterzuleiten.

Der Saugkern ist das zentrale Element des Hilfsmittels und besteht aus einem Gemisch aus Zellstoff sowie einem speziellen Flüssigkeitsbinder, dem Superabsorber. Er kann das Fünffache seines eigenen Volumens an Flüssigkeit binden und gibt sie auch bei Druck nicht wieder ab. Bei Inkontinenzslips oder -hosen verhindern elastische Bündchen an Bein- und Hüftabschluss das Auslaufen des Produkts.

Der Superabsorber hat darüber hinaus die Eigenschaft, den Zerfall des Harnstoffs zu stoppen, der durch Bakterien in Ammoniak und Kohlenstoffdioxid zerlegt wird. Damit wird zum einen die Geruchsbildung unterdrückt, zum anderen der Säureschutzmantel der Haut geschützt, wodurch Hautirritationen oder -erkrankungen verhindert werden können.

Qualitätsanforderungen

Inkontinenzprodukte sollen dem Betroffenen maximale Sicherheit, Trockenheit und Schutz vor Gerüchen bieten und dabei angenehm und diskret zu tragen sein. Wichtig ist auch eine gute Hautverträglichkeit, durch die Folgekrankheiten vermieden werden können.

Ausschlaggebend für die Bewertung eines Inkontinenzprodukts laut Hilfsmittelverzeichnis sind folgende Faktoren:

- > Aufnahmevermögen: Wie viel Flüssigkeit kann insgesamt aufgenommen werden?
- > Aufsauggeschwindigkeit: Wie schnell wird die Flüssigkeit aufgenommen?
- > Rücknässung: Wie trocken ist das Produkt nach der Einnässung?

Ergänzende Zusatzinformation im Hilfsmittelverzeichnis:

- > Aufnahmegrenze: bei welcher Flüssigkeitsmenge läuft in liegender Position das Produkt aus? (Absorption-before-Leakage-Test / ABL)

Die Kriterien prüft der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbands (MDS) vor der Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis. Mit der Fortschreibung der Produktgruppe 15 wurden diese im Jahr 2016 aktualisiert. Zudem wurde das Hilfsmittelverzeichnis um die dazugehörigen Dienstleistungsstandards ergänzt.

Kosten der Inkontinenzversorgung

Die gesetzlichen Krankenkassen gaben im Jahr 2013 rund 464 Millionen Euro für Inkontinenzhilfsmittel aus. Dies ergibt eine Hochrechnung auf Basis des GKV Mehrkostenberichts 2019⁸. Etwa 310 Millionen Euro davon entfallen auf aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel. Das entspricht knapp 0,2 Prozent der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Inkontinenzversorgung ist eine zunehmende Diskrepanz zwischen der steigenden Anzahl der Versorgungen aufgrund der demografischen Entwicklung und den stetig sinkenden Ausgaben der Krankenkassen pro Betroffenen festzustellen.

Um die Gesamtkosten im Griff zu behalten, gilt es, durch eine angemessene Qualität der Versorgung und der Produkte Folgekrankheiten zu vermeiden und die Selbstständigkeit der Betroffenen sowie ihre Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben so lange wie möglich zu erhalten.

Versorgungspauschalen sinken

Die in Versorgungsverträgen vereinbarten Versorgungspauschalen, zu denen die Leistungserbringer von den Krankenkassen beim Vertragsabschluss gedrängt werden, sinken permanent. Bei Ausschreibungen im ambulanten Bereich haben sich teilweise unter 10 Euro (netto) pro Patient und Monat bewegt.

Nur ein Bruchteil davon entfällt auf die Hilfsmittel, denn der mit den Verträgen vereinbarte Leistungsumfang umfasst weit mehr als das Inkontinenzprodukt. Neben der Lieferung des Produkts

- > die individuelle Beratung des Patienten,
- > die Ermittlung des individuellen Bedarfs,
- > die kostenlose Bemusterung des Patienten,
- > die Dokumentation des gesamten Versorgungsprozesses,
- > den Einzug der Patienten-Zuzahlung,
- > die administrative Zusammenarbeit mit der Krankenkasse,
- > Kosten für Lagerhaltung und Logistik sowie
- > Kosten für den Versand an den Patienten.

Diese Transaktionskosten werden mit mindestens 6 bis 8 Euro⁹ (netto) kalkuliert.

⁸ GKV-Spitzenverband Mehrkostenbericht 2019

⁹ BVMed, eigene Berechnungen



Welcher kalkulatorische Spielraum für die Leistungserbringer noch bleibt, macht eine Modellrechnung mit einer Monatspauschale von 15 Euro (netto) bei einem angenommenen Verbrauch von 100 Inkontinenzprodukten pro Monat deutlich:

Pauschale	15 Euro
Transaktionskosten	– 7 Euro
bleiben für 100 Produkte	8 Euro

Für ein Hilfsmittel stehen gerade noch 8 Cent (netto) zur Verfügung. Zum Vergleich: Eine wesentlich einfacher herzustellende Babywindel kostet derzeit im Einzelhandel ohne Mehrwertsteuer rund 17 Cent (netto).

Leistungserbringer unter Druck

Während die Versorgungspauschalen ständig weiter absinken, steigen die Produktionskosten kontinuierlich an. Beispielsweise Herstellkosten (Rohstoffe, Personal, Transport- und Logistik, Produktion) und Dienstleistungskosten. Darüber hinaus haben die Anforderungen aus dem HHVG zu einem weiteren Anstieg der Versorgungskosten geführt.

Entwicklung wichtiger Rohstoffpreise 2016-2018

Index		Variance in % 2018 (Oct) vs. 2016
RISI FLUFF PULP EU	Zellstoff	+21%
C3 PROPYLEN EU	Superabsorber	+50%
PP HOMOPOLYMER INJECTION EU	Vliesstoffe, Folien	+20%

Fazit: Massive Erhöhung der Kosten für Inkontinenzprodukte bei gegenläufiger Entwicklung der durchschnittlichen Erstattung durch die Krankenkassen.



Anbieter in einem Dilemma

Angesichts des enormen Kostendrucks aus sinkenden Versorgungspauschalen einerseits und steigenden Kosten andererseits drängt sich die Frage auf, weshalb sich Leistungserbringer den finanziellen Erwartungen der Krankenkassen beugen.

Die Einkaufsmacht der Krankenkassen lässt den Firmen kaum eine andere Wahl. Die Alternative zur Teilnahme ist oft nur das Ausscheiden aus dem Markt.

Zudem ist die Inkontinenzversorgung für den Fachhandel nur ein Teil seines Hilfsmittelgeschäfts. Er hofft, ein eventuelles Verlustgeschäft durch wirtschaftliche Aufzählungen und ertragreiche Produktgruppen quersubventionieren zu können.

Zahl der Leistungserbringer sinkt

Immer mehr Unternehmen geben angesichts steigender Anforderungen bei sinkenden Erlösen auf. Die Konsequenz für die Versicherten: Wechsel zu anderen Versorgern, weniger Auswahl, häufig keine wohnortnahe Versorgung mehr. Aber auch Krankenkassen begeben sich durch die ständig sinkende Anzahl an Leistungserbringern in Abhängigkeiten zu den verbleibenden Leistungserbringern. Ein bis jetzt unterschätztes Risiko.

Konsequenzen aus aktueller Versorgungslage

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung, die – so das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V – das Maß des Notwendigen nicht überschreitet.

Die aktuelle Versorgungssituation für Betroffene in Deutschland und die niedrigen Pauschalen lassen Zweifel aufkommen, ob die Versorgungsqualität nicht einem Preiswettbewerb zum Opfer gefallen ist.

Die Politik und auch Kassen haben durch die aktuellsten Gesetzgebungen verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen (HHVG, Verbot Ausschreibungen, Vertragscontrolling etc). Im Bereich der Produkte hat sich die Qualität spürbar verbessert. In anderen Bereichen haben die Maßnahmen noch nicht ihre volle Wirkung entfaltet. So steht bei einigen Krankenkassen der Preiswettbewerb noch im Fokus. Insgesamt kann eine langsame Verschiebung hin zum Qualitätswettbewerb beobachtet werden. Ziel sollte es sein den Qualitätsanspruch wieder in Einklang mit der Vergütung zu bekommen und weg von einem Preis- hin zu einem Qualitätswettbewerb zu gelangen.

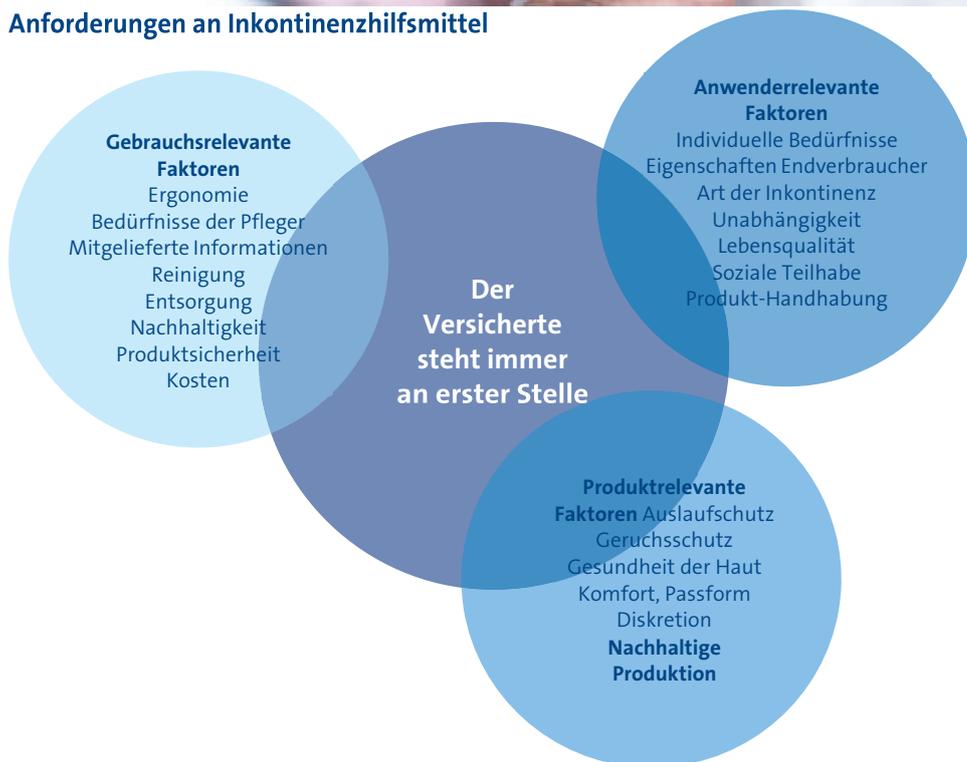
Bei der Umsetzung des Qualitätswettbewerbs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots sollten folgende Grundsätze Anwendung finden:

- > Ausreichend ist Inkontinenzversorgung, wenn durch die eingesetzten Hilfsmittel Versorgungsziel und Wirtschaftlichkeit erreicht werden.
- > Zweckmäßig ist die Inkontinenzversorgung, wenn es gelingt, die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen so lange wie möglich zu sichern, Folgekrankheiten vorzubeugen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- > Wirtschaftlich ist die Inkontinenzversorgung, wenn eine günstige Kosten-Nutzen-Relation zwischen Aufwand und Wirkung erreicht wird, also durch qualitativ bessere Produkte Folgekosten für die Behandlung von Folgeerkrankungen oder Pflege vermieden werden können.

Die Entwicklung führt zudem weg von einer individuellen Versorgung, bei der der Versicherte sowohl bei der Produktauswahl wie bei der Wahl seines Leistungserbringers weitgehend freie Hand hatte, zu einer mehr und mehr standardisierten Versorgung mit eingeschränktem Produktangebot und festgelegtem Leistungserbringer.



Anforderungen an Inkontinenzhilfsmittel



Diese Entwicklung widerspricht damit sowohl der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie¹⁰ wie der ISO-Norm 15621 zur Beschaffung von Inkontinenzprodukten.¹¹

Die Leitlinie fordert:

„Körpernahe aufsaugende Hilfsmittel sollten individuell für den einzelnen Patienten ausgesucht werden. Eine Einheitsversorgung für alle Patienten einer Institution ist abzulehnen. Zu fordern ist:

- > Anpassung an den Inkontinenzschweregrad („so klein wie möglich, so groß wie nötig“)
- > Bevorzugung von anatomisch geformten Produkten
- > optimale Flüssigkeitsbindung (keine reinen Zellstoffprodukte)
- > Geruchsabsorption
- > geringe Geräuschentwicklung
- > gute Handhabung bei Anlage und Befestigung
- > Sicherheit vor Verrutschen“

¹⁰ Leitlinie Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie – Update 2014, S. 96

¹¹ ISO-Norm 15621:2011 „Hilfen zur Urinaufnahme – Allgemeine Prüfanleitung“



Die ISO-Norm unterstreicht, dass das Inkontinenzmanagement einschließlich der Auswahl von Produkten nicht als Warengeschäft angesehen werden darf. Bei der Produktauswahl müssen die tatsächliche Anwendungssituation und der Nutzen einbezogen werden. Dies kommt auf Grund der aktuellen Erstattungssituation oftmals zu kurz.

Die Krankenkassen neigen noch immer dazu, statt mit Hilfsmitteln zu sparen, an Hilfsmitteln zu sparen. Wirtschaftlichkeitsreserven, die bei einer Gesamtkostenbetrachtung zu Tage treten, bleiben ungenutzt. Die individuelle Versorgung der Betroffenen bleibt auf der Strecke.



Forderungen

I. Vorbemerkung

Die aktiven Mitglieder des BVMed-Fachbereichs »Aufsaugende Inkontinenzversorgung« (FBI-H) setzen sich intensiv und kritisch mit der Versorgungs- und Vertragssituation im Bereich der aufsaugenden Inkontinenzprodukte auseinander. Schwerpunktthema 2017 war das HHVG zur Verbesserung der Versorgungsqualität, vor allem im Ausschreibungsbereich. Der FBI-H macht sich für eine qualitätsorientierte ambulante Versorgung von Betroffenen mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten stark.

II. Zielsetzung/Umsetzung der Neuregelungen des HHVG

Ziel des Gesetzgebers war es u. a., die Versorgungssituation von Betroffenen mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten zu verbessern. Positiv zu bewerten ist, dass die Qualitätskriterien für aufsaugende Inkontinenzprodukte im Hilfsmittelverzeichnis auf den aktuellen Stand angepasst, weitere Qualitätsaspekte im HHVG verankert worden sind und fast überall Eingang in die Verträge der meisten Krankenkassen gefunden haben.

Hingegen sind die erhöhten Anforderungen in der Erstattung nicht berücksichtigt. Seit Inkrafttreten des HHVG im März 2017 hat keine Krankenkasse die Vergütung / Pauschale für saugende Inkontinenzhilfen erhöht. Einige Kassen haben die Vergütung sogar deutlich reduziert. Die vom FBI-H auf Basis der öffentlich zugänglichen Vertragspreise der Krankenkassen nach § 127 Absatz 2 SGB V durchschnittliche Monatspauschale liegt Anfang 2019 bei ca. 17,00 Euro bei der Versorgung in der Häuslichkeit.

III. Forderungen zur Sicherstellung der individuellen Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten

Die Rahmenbedingungen zur Versorgung der Betroffenen mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten müssen so gestaltet sein, dass eine individuelle Grundversorgung unter Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse und Lebenssituation aufzahlungsfrei – unter Beibehaltung des Sachleistungsprinzips – sichergestellt werden kann.

Dieses Ziel kann durch folgende Regelungen sichergestellt werden:

1. Einführung eines bundesweit einheitlichen kassenübergreifenden Festpauschal-Systems zur Sicherstellung der Grundversorgung

Das Festpauschal-System ist ein bundesweit einheitliches kassenübergreifendes Festpreis-Modell. Das Festpauschal-System ist so zu gestalten, dass eine individuelle Grundversorgung ohne wirtschaftliche Aufzahlungen durch die Betroffenen realisierbar ist. Dies kann nur durch die Einführung eines bundesweit einheitlichen kassenübergreifenden Festpauschal-Systems für alle GKV-Versicherten sichergestellt werden.

2. Einführung einer validen und transparenten Berechnungsgrundlage für das Festpauschal-System

Das Modell zur Berechnung des Festpauschal-Systems ist gesetzlich zu regeln. Zur Erreichung der Zielsetzung dürfen die aktuell nicht-auskömmlichen Vertragspreise der Krankenkassen bei der Berechnung keine Berücksichtigung finden, da diese Aufzahlungen bedingen. Die gesetzliche Grundlage muss eine regelmäßige Dynamisierung des Systems vorsehen und eine Abstufung nach Versorgungssituationen ermöglichen.

3. Qualitätssicherung durch verpflichtendes und einheitliches Vertragscontrolling der Krankenkassen

Trotz HHVG kontrollieren die Krankenkassen derzeit die Einhaltung der Vertragsinhalte nur unzureichend und nicht einheitlich. Die Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes sollten daher entsprechend konkretisiert und angepasst werden. Nur so können Krankenkassen künftig dazu verpflichtet werden, die Einhaltung der Vertragsinhalte umfassend nach einem standardisierten und einheitlichen Erhebungsverfahren zu kontrollieren.

Konsequenzen des Vorschlages sind:

- > Sicherstellung des Anspruchs der Versicherter nach § 33 SGB V auf eine aufzahlungsfreie Grundversorgung
- > Stärkung des Qualitätswettbewerbs
- > Sicherstellung der Vielfalt der Leistungserbringer und damit Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung
- > Sicherstellung der Wahlfreiheit des Betroffenen hinsichtlich Leistungserbringer, Produkt und Dienstleistung
- > Administrativer Aufwand für individuelle Preisverhandlungen entfällt
- > Sicherstellung der sozialen Teilhabe

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Medizintechnologie e. V.; www.bvmed.de

Konzept und Redaktion: Postina Public Relations GmbH

Residenz am Deutschen Theater, Reinhardtstraße 29, 10117 Berlin

Tel. +49 (0) 30 280081-810, office@postina-pr.de

Redaktionsschluss: Juni 2020

Fotonachweis: creativ collection (Titel und Seite 17) · Fotolia: tibanna79 (Seite 3) und M.studio (Seite 7) · andere Fotos: BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e. V.
Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin
Tel. +49 (0) 30 246 255-0
Fax +49 (0) 30 246 255-99
info@bvmed.de
www.bvmed.de

