

Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel

Zahlen, Daten, Fakten

Inhalt

Inkontinenz – ein wachsendes Problem	4
Inkontinenz in Deutschland: Zahlen, Daten, Fakten	6
Versorgungssituation	10
Festbeträge	11
Ausschreibungen	11
Beitrittsverträge	12
Aufzahlung	12
Inkontinenzhilfsmittel	13
Qualitätsanforderungen	14
Kosten der Inkontinenzversorgung	16
Leistungserbringer unter Druck	18
Konsequenzen aus aktueller Versorgungslage	20
Forderungen	23



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 verharrt die gesetzliche Krankenversicherung in Qualitätsstandards aus dem vorigen Jahrhundert und hebelt durch ihre Vertragspolitik die Freiheit der Versicherten aus, selbst zu entscheiden, welchem Leistungserbringer sie sich anvertrauen und mit welchem Produkt sie versorgt sein wollen. Dies kommt einer Entmündigung der Betroffenen gleich.

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.

Es stellt sich die Frage, ob der gesetzliche Anspruch der Versicherten auf eine ausreichende, ihrer Lebenssituation angemessene und dem aktuellen Stand der Entwicklung entsprechende Versorgung nicht längst verletzt wird.

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.

Joachim M. Schmitt
Geschäftsführer
Mitglied des Vorstands

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

Für die Situation sind im Wesentlichen zwei Punkte verantwortlich:

- > Die seit 1993 ausbleibende Anpassung der Qualitätskriterien für die Aufnahme von Inkontinenzprodukten ins Hilfsmittelverzeichnis an die Produktentwicklung durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen (MDS).
- > Die eindimensionale Interpretation des Wirtschaftlichkeitsbegriffs durch die Krankenkassen, der sich an einer Minimalstversorgung orientiert, statt die Lebensrealität der Patienten und die Gesamtkosten der Inkontinenzversorgung in den Fokus zu rücken.



Die Chance, durch optimierte Produkte und Versorgung Kosten zu sparen, wird nicht ergriffen. Die Versorgung ist derzeit überwiegend durch Ausschreibungen und Beitrittsverträge nach § 127 SGB V gekennzeichnet. Die von den Krankenkassen dabei durchgesetzten Pauschalen rangieren nicht selten unter 20 Euro pro Betroffenen und Monat.

Für das einzelne Inkontinenzprodukt heißt dies aber de facto, dass nach Abzug der Kosten für individuelle Beratung, Logistik und Verwaltung für das einzelne Produkt für die Vorlage oder Inkontinenzhose nur noch 10 bis 20 Cent zur Verfügung stehen. Produktinnovationen werden durch solche Preise nicht honoriert.

Zudem schränken die Versorgungsverträge die Wahlfreiheit der Versicherten empfindlich ein. Bei Ausschreibungsverträgen entscheidet letztlich die Krankenkasse, welcher Leistungserbringer welches Hilfsmittel liefert. Das Ergebnis ist: Standardversorgung statt Wahlfreiheit.

Eine medizinisch notwendige 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.

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 Millionen¹, manche Schätzungen sprechen von bis zu 9 Millionen Betroffenen
davon
- > ca. 1,2 Millionen Patienten, die ambulant durch die GKV versorgt werden
- > ca. 300.000 Patienten in Pflegeheimen

Prävalenz

Auftreten und Schweregrad der Inkontinenz sind altersabhängig. Mit dem Lebensalter steigt die Zahl der Betroffenen. Während von den 40 Jahre alten Frauen 7,6 Prozent und von den Männern 1,7 Prozent an Inkontinenz leiden, sind es bei Achtzigjährigen jeweils 40 Prozent.²

Schweregrade der Inkontinenz in der ambulanten Versorgung

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

¹ Quelle: Deutsche Kontinenzgesellschaft

² Berechnungen der Expertengruppe im BVMed



Inkontinenz in der stationären Versorgung

- > 76,3 % aller Bewohner von Alten- und Pflegeheimen leiden unter Inkontinenz³

Inkontinenz in der ambulanten Versorgung

- > 75 % der Inkontinenzpatienten werden zu Hause versorgt
- > 53 % aller von ambulanten Pflegediensten betreuten Personen leiden unter Inkontinenz³

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: ca. 0,2 %⁴

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

⁴ Hochrechnung der Expertengruppe im BVMed auf Basis des BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports 2014

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

Für die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln und die Kostenerstattung hat der Gesetzgeber zwei Optionen eröffnet:

- > Abrechnung pro Inkontinenzhilfsmittel maximal bis zur Höhe des vom GKV-Spitzenverband festgelegten Festbetrags (§ 36 SGB V).
- > Erstattung einer Monatspauschale für die Inkontinenzversorgung auf Basis von Lieferverträgen mit Leistungserbringern, die aus Ausschreibungen (§ 127 [1] SGB V) oder Verhandlungen (§ 127 [2] SGB V) hervorgehen.

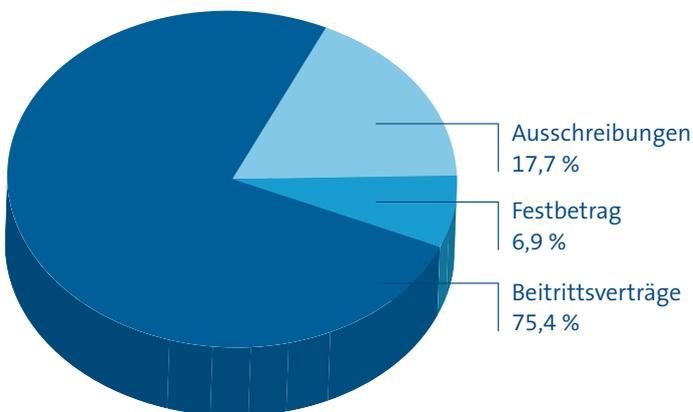
Die Einzelabrechnung hat an Bedeutung verloren: Gerade noch bei 6,9 Prozent aller Betroffenen werden Festbeträge zugrunde gelegt. Bei 17,7 Prozent erfolgt die Versorgung aufgrund einer Ausschreibung. Dominierend sind derzeit Beitrittsverträge, auf denen die Versorgung von 75,4 Prozent aller Betroffenen im Jahr 2013 beruhte. Diese Situation ändert sich derzeit grundlegend zugunsten von Ausschreibungen, die mittlerweile von fast allen bundesweit tätigen, mitgliederstarken Krankenkassen favorisiert werden.



Festbeträge

Der GKV-Spitzenverband bestimmt für jedes Hilfsmittel als Erstattungsobergrenze einen bundesweit einheitlichen Festbetrag. Bei Inkontinenzhilfsmitteln bewegen sich die Festbeträge im Cent-Bereich. Eine Vorlage für Urininkontinenz (Hilfsmittelnummer 15.25.01.5) wird mit 21 Cent erstattet, Inkontinenzhosen (Hilfsmittelnummer 15.25.03.2) mit 69 Cent.

Versorgungsformen bei Inkontinenzprodukten



Ausschreibungen

Das SGB V, § 127 (1) ermöglicht den Krankenkassen, die Versorgung ihrer Versicherten mit Inkontinenzhilfsmitteln auszuschreiben. Der Leistungsumfang beschränkt sich nicht nur auf die Lieferung der Hilfsmittel an die Patienten, sondern umfasst auch Transaktionskosten wie die individuelle Beratung der Patienten, die Bedarfsermittlung, Lagerhaltung und Logistik sowie administrative Aufgaben, etwa die Abwicklung der Zuzahlung und Abrechnung der Rezepte mit den Kassen. Versorgung ist also mehr als nur Belieferung.

Leistungserbringer wie Apotheken, Sanitätsfachhandlungen und medizinische Händler können dazu ihre Angebote einreichen. In der Regel wird ein Pauschalbetrag für die Versorgung eines Patienten pro Monat gefordert. Ausschlaggebendes Zuschlagskriterium ist die Höhe der Pauschale. Derzeit bewegen sich die Monatspauschalen zwischen 13 und 18 Euro pro Patient.

Beitrittsverträge

Eine andere Variante der vertraglich geregelten Versorgung sind sogenannte Beitrittsverträge nach § 127 (2) SGB V. Hierbei handelt die Krankenkasse mit einem Leistungserbringer oder einem Zusammenschluss von Leistungserbringern, etwa dem Apothekerverband eines Bundeslandes, die Konditionen der Versorgung aus, wobei auch strukturelle und qualitative Versorgungsaspekte berücksichtigt werden können. Die Inhalte ihrer Vereinbarung werden anschließend veröffentlicht. Weitere Leistungserbringer können unter den gleichen Bedingungen dem Vertrag beitreten und in die Versorgung einsteigen. Die Monatspauschalen liegen bei Beitrittsverträgen zwischen 22 und 27 Euro.

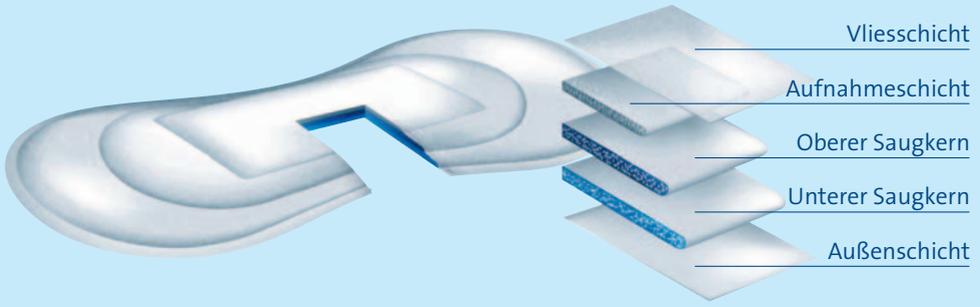
Aufzahlung

Der Sachleistungsanspruch gesetzlich Versicherter, die unter Inkontinenz leiden, endet finanziell bei Produkten, deren Preis den jeweiligen Festbetrag nicht überschreitet. Können die Hersteller auch weiterentwickelte Produkte zum Festbetrag anbieten, dann sind auch Inkontinenzhilfsmittel, deren Qualität über dem vorgeschriebenen Standard aus dem Jahre 1993 liegt, für gesetzlich Versicherte erhältlich.

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. Diese Aufzahlung überschreitet in vielen Fällen die gesetzlich vorgeschriebene Selbstbeteiligung um ein Vielfaches.

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 Fünfzigfache 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:

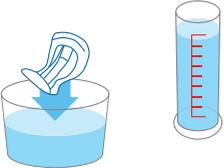
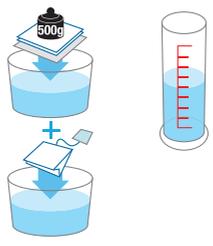
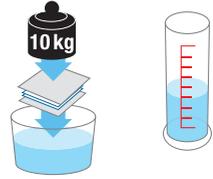
- > Aufnahmevermögen: Wie viel Flüssigkeit kann insgesamt aufgenommen werden?
- > Aufsauggeschwindigkeit: Wie schnell wird die Flüssigkeit aufgenommen?
- > Rücknässung: Wie trocken ist das Produkt nach der Einnässung?

Diese Kriterien prüft der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbands (MDS) vor der Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis. Allerdings stammen die Soll-Werte aus den frühen 1990er Jahren und sind seit 1993 unverändert. Damit ignorieren sie eine über zwanzigjährige Weiterentwicklung, die zu Inkontinenzprodukten mit deutlich höherer Saugleistung, mehr Hautschutz und besserem Auslaufschutz geführt hat.

- > Durch die seit 1993 unveränderten Qualitätskriterien werden veraltete Produkte, die gerade noch die Kriterien im Hilfsmittelverzeichnis erfüllen, mit Produkten, deren Qualität und Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, gleichgestellt.

Vergleichende Testmethoden für Inkontinenzprodukte

Messungen an einer anatomischen Einlage in Urinersatzlösung

ISO-Methode: Produkt wird ganz getaucht	„Theoretische Saugleistung“: Jew. Zellstoff + Superabsorber	MDS: Saugkörperprobe unter Druck
		
Saugfähigkeit = Nassgewicht – Trockengewicht Keine Praxisrelevanz	= Zellulose + Superabsorber Wenig Praxisrelevanz	= Feuchter – trockener Saugkörper Wenig Praxisrelevanz

Testmethoden

Drei Prüfverfahren haben sich etabliert, die jedoch keine bis wenig Praxisrelevanz haben, weil sie die Realität der Inkontinenz oft nicht einmal in Ansätzen abbilden.

Alle drei Testmethoden ignorieren weitgehend das natürliche Inkontinenzgeschehen.

Der Lebenswirklichkeit am nächsten kommt der sogenannte **Adult Mannequin Test – Absorption before Leakage (ABL)**.



Beim ABL-Test wird das Inkontinenzprodukt an einen anatomisch geformten Torso angelegt. Gemessen wird die Aufnahmefähigkeit, bis das Produkt zu lecken beginnt. Die Methode ist für Produkte von mittlerer bis hoher Aufnahmekapazität validiert, also nicht für Produkte der leichten Inkontinenzversorgung.

Eine Herausforderung besteht aktuell durch den Aufwand bei den Messungen. Außerdem werden mit diesem Verfahren – anders als bei dem zurzeit verwendeten MDS-Test – Rücknäsung und Aufsauggeschwindigkeit nicht eruiert. Beides wird auch in Zukunft weiterhin über das MDS-Verfahren gemessen.

Kosten der Inkontinenzversorgung

Die gesetzlichen Krankenkassen gaben im Jahr 2013 rund 464 Millionen Euro für Inkontinenzhilfsmittel aus. Dies ergibt eine Hochrechnung auf Basis des „BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports 2014“⁵. Etwa 350 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 bewegen sie sich derzeit zwischen 12 und 18 Euro pro Patient und Monat.

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,
- > 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 Euro⁶ kalkuliert.

⁵ BARMER GEK Heilmittelreport 2014, Seite 83

⁶ BVMed, eigene Berechnungen



Welcher kalkulatorische Spielraum für die Leistungserbringer noch bleibt, macht eine Modellrechnung mit einer Monatspauschale von 13 Euro netto bei einem angenommenen Verbrauch von 100 Inkontinenzprodukten pro Monat deutlich:

Pauschale	13 Euro
Transaktionskosten	– 7 Euro
bleiben für 100 Produkte	6 Euro

Für ein Hilfsmittel stehen gerade noch 6 Cent zur Verfügung. Zum Vergleich: Eine wesentlich einfacher herzustellende Babywindel kostet derzeit im Einzelhandel ohne Mehrwertsteuer rund 17 Cent.

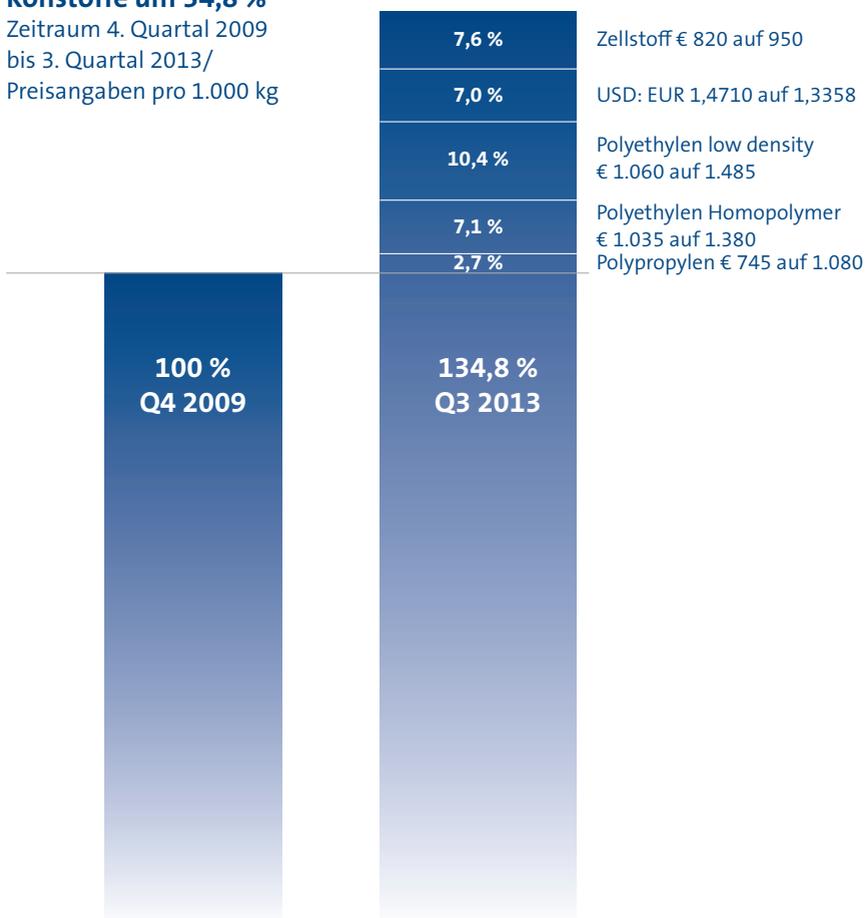
Leistungserbringer unter Druck

Während die Versorgungspauschalen ständig weiter absinken, steigen die Produktionskosten kontinuierlich an.

Insbesondere die Rohstoffe haben sich deutlich verteuert. Der Preis von Polyethylen, aus dem die Außenschicht der Inkontinenzprodukte besteht, stieg zwischen dem 4. Quartal 2009 und dem 3. Quartal 2013 um 40,1 Prozent. Auch der zur schnellen Ableitung der Flüssigkeit in den Saugkern benötigte Zellstoff wurde im selben Zeitraum 26,8 Prozent teurer. Insgesamt erhöhten sich die Rohstoffkosten um 34,8 Prozent.⁷

In der Summe aller Faktoren verteuerten sich die Rohstoffe um 34,8 %

Zeitraum 4. Quartal 2009
bis 3. Quartal 2013/
Preisangaben pro 1.000 kg



⁷ BVMed, eigene Berechnungen



Anbieter in einem Dilemma

Angesichts des enormen Margendrucks aus sinkenden Versorgungspauschalen einerseits und steigenden Kosten andererseits drängt sich die Frage auf, weshalb sich Leistungserbringer und Hersteller den finanziellen Erwartungen der Krankenkassen beugen und sich gegenseitig mit ihren Angeboten unterbieten.

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 ertragreiche Produktgruppen quersubventionieren zu können.

Ähnliche Motive treiben auch die Inkontinenzprodukte-Leistungserbringer. Sie erhoffen sich Erträge aus den Aufzahlungen der Patienten für höherwertige Produkte. Das Inkontinenzgeschäft dient den Leistungserbringern oft als Türöffner.

Zahl der Leistungserbringer sinkt

Dass diese Strategien nicht immer aufgehen, zeigt die sinkende Zahl der Leistungserbringer. 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.

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 das Maß des Notwendigen noch erreicht wird und der gesetzlich verbrieft Sachleistungsanspruch der Versicherten noch gewährleistet ist. Das Beharren der Krankenkassen auf über 20 Jahre alten Qualitätskriterien, ihre Fokussierung auf eine Minimalstversorgung bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Gesamtkostenbetrachtung, hebt den Sachleistungsanspruch der Versicherten aus und erschwert eine individuelle und angemessene Betreuung von Inkontinenzpatienten.

Die Kassen werden zudem den im Wirtschaftlichkeitsgebot definierten Zielen nicht gerecht. Auf die Inkontinenzversorgung angewandt bedeuten sie:

- > 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, Folgeerkrankungen 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 Geriatrie⁸ wie der ISO-Norm 15621 zur Beschaffung von Inkontinenzprodukten.⁹

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“

⁸ Leitlinie Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie – Update 2014, Seite 96

⁹ 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.

Um eine Versorgung zu erhalten, die dem aktuellen Stand entspricht, sind die Versicherten inzwischen de facto gezwungen, eine Aufzahlung für Inkontinenzprodukte zu leisten. Dies war vom Gesetzgeber so nicht intendiert: Mit der Möglichkeit zur Aufzahlung wollte er ursprünglich die Wahlfreiheit der Versicherten erweitern, um es ihnen zu ermöglichen, auf eigene Kosten eine höherwertige Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Auch bei Versorgungsverträgen (§ 127 [1] SGB V), die aufgrund von Ausschreibungen zustande kommen, kann von Wahlfreiheit des Versicherten nicht mehr die Rede sein. Die Krankenkasse entscheidet mit ihrem Zuschlag darüber, welcher Hersteller die Inkontinenzhilfsmittel beisteuert. Die Wahlfreiheit besteht lediglich darin, für ein höherwertiges Produkt aufzuzahlen, was sich nicht jeder Versicherte leisten kann, oder mit dem Vertragsprodukt vorliebzunehmen.

Bei Beitrittsverträgen (§ 127 [2] SGB V) ist die Situation für den Versicherten etwas besser, da unterschiedliche Leistungserbringer, die unterschiedliche Produktlieferanten in den Vertrag einsetzen können, an der Versorgung beteiligt sind.

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

Um zu vermeiden, dass sich die Defizite bei der individuellen Versorgung von Inkontinenzpatienten weiter vergrößern, fordern die Hersteller von Inkontinenzprodukten:

- › Das Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung muss erhalten bleiben und darf nicht durch Beschränkung der Produktqualität auf niedrigstem Standard unterlaufen werden.
- › Eine regelhafte Aufzahlung der Versicherten für eine dem aktuellen Stand entsprechende Inkontinenzversorgung muss vermieden werden; sie widerspricht dem Versorgungsauftrag der GKV. Nichtsdestotrotz muss die Möglichkeit zur wirtschaftlichen Aufzahlung im Sinne der Wahlfreiheit und individuellen Bedürfnisbefriedigung des Versicherten bestehen bleiben.
- › Die Qualitätskriterien im Hilfsmittelverzeichnis müssen dazu regelmäßig dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis und dem Produktfortschritt angepasst werden; dabei sind die Forderungen aktueller medizinischer Leitlinien und Expertenstandards zu beachten.
- › Grundlage für die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis müssen unter Berücksichtigung der aktuellen Erstattungssituation messbare und überprüfbare Kriterien sein.
- › Die Wahlfreiheit der Betroffenen hinsichtlich Produkt und Leistungserbringer muss gestärkt werden.
- › Versorgungsverträge der Krankenkassen sollten daher ausschließlich Beitrittsverträge nach § 127 (2) SGB V sein, da Patienten nur bei dieser Vertragsform zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern, Versorgungsqualitäten und Produktangeboten wählen können.
- › Versorgungsverträge im institutionellen Bereich sollten kassenübergreifend gelten, da in Alten- und Pflegeheimen Versicherte unterschiedlicher Krankenkassen versorgt werden müssen. So kann die Wahlfreiheit der Einrichtung hinsichtlich Produkt und Anbieter und damit ein einheitlicher Versorgungsstandard sichergestellt werden.

Fazit: Das Erstattungssystem muss dem individuellen Patientenbedarf gerecht werden und darf ihn nicht von Innovationen und medizinischem Fortschritt abkoppeln. Die Inhalte der Verträge müssen auf die Bedürfnisse der Patienten abgestellt werden.

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: Januar 2015

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