

## **Schlüsselpapier für den Bereich der Hilfsmittelversorgung**

In den letzten Jahren war der Hilfsmittelbereich von folgenden Reformen betroffen: GMG, GKV-WSG, GKV-OrgWG. Derzeit finden erneute Grundsatzdiskussionen statt.

Der BVMed und seine Mitglieder setzen sich für wettbewerblich orientierte Versorgungsstrukturen in der Hilfsmittelversorgung ein. Wir sehen in den jetzigen Rahmenbedingungen grundsätzlich eine gute Grundlage, um dieses Ziel zu erreichen. Dies funktioniert nur durch einen fairen Umgang aller Beteiligten miteinander. Nach fast jährlichen Reformen gilt es, die zum 1. Januar 2009 eingeführten Strukturen konsequent umzusetzen sowie Planungs- und Rechtssicherheit zu schaffen. Gegebenenfalls notwendige Anpassungen sollten im System und nicht am System vorgenommen werden.

### **Folgende Vorteile sprechen für das derzeitige System der Hilfsmittelversorgung:**

Die Krankenkassen können nach der aktuellen Gesetzeslage in § 127 SGB V Verträge mit Leistungserbringern entweder nach Durchführung einer Ausschreibung (§ 127 Abs. 1 SGB V) oder nach vorheriger Bekanntmachung einer Vertragsverhandlungsabsicht (§ 127 Abs. 2 SGB V) abschließen.

Die Krankenkassen haben so die Möglichkeit, die individuellen Bedürfnisse ihrer Versicherten beim Abschluss von Verträgen zu berücksichtigen.

Die Leistungserbringer können sich über einen Preis- und Qualitätswettbewerb im Markt etablieren.

Die Versicherten erhalten die medizinisch notwendigen Produkte und können am medizintechnischen Fortschritt partizipieren.

Die Versicherten können die für ihre individuellen Bedürfnisse optimale Krankenkasse wählen.

Das derzeitige System enthält eine Mehrkostenregelung. Der Versicherte hat die Möglichkeit, gegen eine Aufzahlung ein über das Maß des Notwendigen hinausgehendes Hilfsmittel bzw. eine zusätzliche Dienstleistung zu wählen.

### **Zusammenfassung**

Wir sind der Auffassung, dass das bestehende System eine patientenorientierte Versorgung im Hilfsmittelbereich gewährleistet. Voraussetzung dafür ist die korrekte Umsetzung der vorhandenen Rahmenbedingungen. Dies ist derzeit noch nicht immer gewährleistet. Dafür ist eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen den Marktteilnehmern notwendig.

Dabei muss neben dem Preis auch der Qualitätswettbewerb wieder in den Fokus der Verhandlungen rücken. Die aktuelle Gesetzeslage ist flexibel und daher gegenüber anderen Vergütungsalternativen zu bevorzugen. Um eine Diskussionsgrundlage mit einheitlichen Definitionen zu schaffen, haben wir in der **Anlage 1** unter anderem Definitionen und Unterschiede von Festbeträgen und Festzuschüssen dargestellt.

## **Festbeträge versus Festzuschüsse**

Zur Klarstellung der Begrifflichkeiten folgen anbei die Definitionen Festzuschuss und Festbetrag sowie ihre Bedeutung und mögliche Auswirkungen auf den Hilfsmittelbereich.

### **Definition Festbetrag**

Festbeträge für Hilfsmittel sind bundesweit einheitliche Preise, die für verschiedene Produktgruppen vom GKV-Spitzenverband der Krankenkassen festgelegt werden. Gegenüber dem Versicherten muss dabei eine hundertprozentige Erstattung der medizinisch notwendigen Produkte im Rahmen des Sachleistungsprinzips gewährleistet sein.

Für höherwertige Produkte oder Dienstleistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, können Aufzahlungen genommen werden.

Krankenkassen haben die Möglichkeit, abweichend von dem bundesweit einheitlichen Festbetrag auf Basis des jetzigen § 127 SGB V andere Preise mit Leistungserbringern zu vereinbaren. Festbetrags-regelte Hilfsmittel können unter den aktuellen gesetzlichen Regelungen auch ausgeschrieben werden.

### **Definition Festzuschuss**

Die Festzuschüsse sind bundesweit einheitliche definierte Zuschüsse der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die sich an der von der GKV zu übernehmenden Regelversorgung, die medizinisch ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss, orientieren. Der Festzuschussbetrag wird unabhängig von der durch den Patienten gewählten Versorgungsform gezahlt. Die gegebenenfalls restlichen Mehrkosten muss der Patient selbst tragen.

### **Was bedeuten Festzuschüsse im Hilfsmittelbereich konkret?**

- > Abkehr vom Sachleistungsprinzip hin zur Kostenerstattung
- > Der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen findet nicht mehr statt.
- > Der Leistungserbringer kann den "Endpreis" nur über die vom Patienten zu entrichtenden Mehrkosten regulieren und hat somit einen starken Anreiz, dem Versicherten Produkte anzubieten, die mit einem hohen Mehrkostenanteil verbunden sind.
- > Produktinnovationen würden den Versicherten ggf. nur mit höheren Mehrkosten zur Verfügung gestellt werden.
- > In zahlreichen Versorgungsbereichen, vornehmlich bei schwerkranken Versicherten, wäre der Patient mit der Auswahl der Produktalternativen überfordert. Dies könnte Fehlversorgung zur Folge haben.
- > Es besteht die Gefahr, dass der Patient unterversorgt wird, weil er sich die Mehrkosten für das benötigte Hilfsmittel nicht leisten kann.
- > Kann der Versicherte nicht mit den medizinisch notwendigen Produkten versorgt werden, ist davon auszugehen, dass sich die Erkrankung verschlimmert und das Gesundheitswesen mit zusätzlichen Kosten belastet wird.
- > Ein System der Festzuschüsse erfordert neue Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und zur sachgerechten Verwendung der finanziellen Mittel durch die Krankenkasse.
- > Das Inkassorisiko liegt allein beim Leistungserbringer und die Einforderung von ausstehenden Zahlungen bedeutet einen erhöhten administrativen Aufwand.
- > Möglicherweise Einstieg in die "Zwei-Klassen-Medizin"

### **Fazit**

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung hält der BVMed Festzuschüsse nur in einzelnen Teilbereichen für geeignet, eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung zu gewährleisten.

Insbesondere aber bei der Versorgung chronisch Kranker sowie multimorbider Patienten sind Festzuschüsse grundsätzlich ungeeignet.