

# Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)

Charitéstr. 4, 10117 Berlin  
Tel. 030-28094480, Fax 030-28094481  
e-Mail: bmcev@bmcev.de



Berlin, 24.06.2003

---

## Stellungnahme III

für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems  
(Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG) der Fraktionen SPD und  
Bündnis 90/Die Grünen

(BT-Drucksache Nr. 15/1170 vom 16.06.2003)

soweit es sich dabei um

### Regelungen zur Hilfsmittelversorgung

und damit im Zusammenhang stehende weitere Bestimmungen handelt.

---

#### I.

##### Vorbemerkungen

Der BMC setzt sich als bundesweiter pluralistischer Verein im Gesundheitswesen dafür ein, die Gesundheitsversorgung in Deutschland unter Beachtung bewährter Errungenschaften und unter Einbeziehung aller Akteure zukunftsfähig zu gestalten.

Der BMC vertraut dabei auf die Kräfte eines freiheitlichen und wettbewerbsorientierten, gleichwohl auch solidarischen Systems, bei einem hohen Maß an Selbstbestimmung und Verantwortung der Bürger für ihre Gesundheit. Er wendet sich gegen staatlichen Dirigismus und Zentralismus.

Der BMC steht zu den gesellschaftlich anerkannten Grundprinzipien: Solidarität, Subsidiarität, Eigenverantwortung, Qualität, Zugang zum medizinischen Fortschritt, wirtschaftlicher Umgang mit den Ressourcen, Wahrung der Patientenrechte und Beachtung ethischer Grundsätze.

Der vorliegende Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens zeigt Ansätze zu notwendigen strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen folgt aber u.a. im Bereich der Hilfsmittelversorgung in wichtigen Punkten einer Kostendämpfungspolitik. Es ist zu befürchten, dass diese nur zu kurzfristigen Effekten führen und insbesondere zu Lasten der Versorgung der Patienten gehen wird.

Durch den Gesetzentwurf wird der ohnehin schon stark regulierte Hilfsmittelmarkt noch stärker staatlich reglementiert. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die erhoffte Verbesserung der Qualität der Versorgung ökonomischen Zwängen zum Opfer fällt und die Entscheidungsfreiheit der Patienten noch weiter eingeschränkt wird. Anstatt Wettbewerb zu fördern werden Wettbewerbselemente abgebaut. Der BMC hält eine Anpassung des Gesetzentwurfes für notwendig und unterbreitet hierfür konkrete Vorschläge.

## II.

### Stellungnahme

Der Gesetzentwurf sieht u.a. weitreichende und ordnungspolitisch problematische Änderungen im Bereich der Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln vor. Hierbei wird nach Meinung des BMC zu wenig berücksichtigt, dass eine optimale und qualitätsorientierte Versorgung der Patienten

- die wettbewerbliche Gleichbehandlung der Leistungserbringer
- die Stärkung des Wettbewerbs der Leistungserbringer um Qualität
- die Einbeziehung der Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen der Produktbereitstellung in die Vergütung der Leistungserbringer

voraussetzt.

**Entscheidend für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Hilfsmitteln ist nicht alleine der Produktpreis sondern Umfang der Versorgungsleistung und der Qualität der Versorgung. Bei einer ausschließlichen Konzentration der Leistungszahler auf eine Minimierung des Produktpreises besteht die Gefahr, dass Qualität und Umfang der Versorgung der Patienten negativ beeinflusst wird.**

Der BMC steht für eine stärker wettbewerbliche und qualitative Orientierung des Gesundheitssystems. Dies setzt voraus, dass alle Leistungserbringer eine Chance haben, an diesem Wettbewerb teilzunehmen. Durch die Stärkung der Vertragsrechte der GKV besteht die Gefahr, dass sich eine Monopolstellung der Leistungszahler herauskristallisiert, die durch selektives Kontrahieren die Wettbewerbsfähigkeit des Marktes einseitig steuern. Hierdurch würde die Wahlfreiheit der Patienten und die Versorgungsqualität irreversibel beeinflusst. Gleichzeitig würde die Wirtschaftskraft des Mittelstandes im Bereich der Hilfsmittelversorgung negativ betroffen. Um dies zu vermeiden, muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass eine wettbewerbliche Öffnung des Hilfsmittelmarktes unter Gleichbehandlung aller Leistungserbringer erfolgt und dass die Vergütung der Leistungserbringer nach Leistungsumfang und –qualität differenziert wird.

#### **Art. 1 Nr. 12, § 33 SGB V – Hilfsmittel**

Zukünftig sollen die Krankenkassen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, für die keine Festbeträge festgesetzt sind, höchstens die in Einzelverträgen nach § 127 Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Preise tragen. Darüber hinaus können die Krankenkassen ihre Versicherten an bestimmte, vertraglich gebundene Leistungserbringer verweisen. Falls der Versicherte dennoch einen nicht bei seiner Krankenkasse vertraglich gebundenen Leistungserbringer wählt, erhält dieser unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten lediglich eine Kostenerstattung in Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkasse mit einem vertraglich gebundenen Leistungsanbieter vereinbart hat.

Grundsätzlich stellt diese Regelung eine Einschränkung der Wettbewerbsfähigkeit der Anbieter und eine Einschränkung der gesetzlich geregelten Wahlfreiheit der Patienten dar. Gleichzeitig ist nicht auszuschließen, dass die Krankenkassen aufgrund ihres Verhandlungsmonopols regulierend in den Markt eingreifen und den Wettbewerb erheblich einschränken. Dies hat zur Konsequenz, dass der Patient weniger Entscheidungsmöglichkeiten und –spielräume hat. Dies schränkt das Selbstbestimmungsrecht der Patienten erheblich ein, das gerade durch das GMG deutlich gestärkt werden soll.

Um die Gefahr eines eventuellen Verhandlungsmonopols der Leistungszahler zu vermeiden und die Wettbewerbsfähigkeit des Marktes zu erhalten, hält der BMC es für erforderlich, dass der Gesetzgeber analog zu anderen Leistungsbereichen Schiedsstellen einrichtet, die ein angemessenes Vertragswesen und die Wettbewerbsfähigkeit des Marktes sichern.

Die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln weist u.a. die Besonderheit der häuslichen Therapie (Homecare-Versorgung) auf. Im Bereich der Homecare-Versorgung wird neben der reinen Produktübergabe ein qualifizierter Service erbracht. Dieser Service beinhaltet die umfassende Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen, die kontinuierlich auf die Versorgung mit beratungsintensiven Hilfsmitteln angewiesen sind. Eine besondere Bedeutung gewinnt dieser Bereich vor dem Hintergrund des neuen Vergütungssystems im stationären Bereich auf der Basis von DRG's. Im Rahmen der poststationären Versorgung wird die Homecare-Versorgung eine wichtige Rolle spielen.

Derzeit erfolgt die Vergütung der Homecare-Versorgung ausschließlich über den Produktpreis. Vor dem Hintergrund der geplanten direkten Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und den hieraus resultierenden Preisverhandlungen erscheint es notwendig, in der Vergütungsstruktur eine Differenzierung nach Leistungsumfang und der definierten Versorgungsqualität vorzunehmen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass aufgrund allgemein gültiger Niedrigstpreise, ausgehandelt zwischen Krankenkassen und reinen Produktanbietern, eine Homecare-Versorgung nicht mehr kostendeckend durchführbar ist. Dies stellt eine klare Einschränkung und Verschlechterung der Versorgungsqualität der betroffenen Patienten dar. Der BMC schlägt daher vor, den vorliegenden Gesetzentwurf in der Form anzupassen, dass eine Differenzierung der Vergütung der Leistungserbringung im Hilfsmittelbereich nach reiner Produktübergabe und Produktversorgung und Dienstleistung erfolgt.

***Ungenügend im Gesetzentwurf berücksichtigt ist die Tatsache, dass nicht alle Leistungserbringer zeitnah einen Vertrag mit den Krankenkassen erhalten werden. Um Wettbewerbsverzerrungen und -nachteile zu vermeiden schlägt der BMC vor, eine adäquate Übergangsregelung zu vereinbaren. Nur so kann eine existenzielle Gefährdung insbesondere mittelständischer Unternehmen vermieden und eine flächendeckende Versorgung im Sinne der Patienten erhalten werden.***

#### **Art 1 Nr. 72, § 127 SGB V – Verträge**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auf Länderebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer Verträge hinsichtlich der Versorgung mit Hilfsmitteln abgeschlossen werden können. Bei Gewährleistung gleicher Qualität aber niedriger Preise wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, abweichend von den Verträgen mit den Verbänden selektiv Verträge mit einzelnen Leistungserbringern abzuschließen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Versicherte und Ärzte über die Leistungserbringer, mit denen Verträge abgeschlossen wurden, zu informieren.

***Die im Gesetzentwurf gewählten Formulierungen eröffnen nach Meinung des BMC eine einseitige Verhandlungsmacht auf Seiten der Krankenkassen. Hierdurch besteht die Gefahr, dass eine interessengetriebene Steuerung des Marktes von Seiten der Leistungszahler stattfindet. Dies widerspricht eindeutig einem Wettbewerbssystem im Gesundheitswesen nach Vorstellung des BMC. Der BMC schlägt daher vor, in Analogie zu anderen Leistungsbereichen auch im Hilfsmittelbereich als Regulativ Schiedsstellen einzurichten.***

Der Gesetzentwurf provoziert einen einseitigen und ausschließlichen Vertragswettbewerb auf Basis von Niedrigstpreisen. Die Qualität der erbrachten Leistung findet in der Vergütung keine Berücksichtigung. Dies widerspricht eindeutig dem an anderen Stellen des Gesetzes immer wieder geforderten Wettbewerb um Qualität. Der BMC lehnt daher einen einseitigen Wettbewerb auf ökonomischer Basis ab und schlägt stattdessen vor, von Seiten des Gesetzgebers sicherzustellen, dass die Vergütung im Hilfsmittelbereich an Preis und Qualität der erbrachten Leistung ausgerichtet wird und dass klare Leistungs- und Qualitätsstandards für den Hilfsmittelbereich definiert werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf stellt die nicht in Verbänden organisierten Leistungserbringer schlechter als die in Verbänden organisierten. Dies widerspricht der notwendigen Chancengleichheit in einem Wettbewerbssystem. Der BMC schlägt daher vor, den Gesetzentwurf in der Art zu modifizieren, dass Chancengleichheit für alle Leistungsanbieter in einem offenen, preis- und qualitätsorientierten Wettbewerbssystem gewährleistet ist.

Gleiches trifft für die Pflicht der Krankenkassen zu, ihre Versicherten über fehlende Verträge mit Leistungsanbietern zu informieren. Dies birgt die Gefahr der Diskriminierung von Leistungsanbietern die – aus welchen Gründen auch immer – keine Verträge mit Krankenkassen haben.

***Im übrigen sollte die Informationspflicht der Krankenkassen nicht nur auf den Preis beschränkt bleiben, sondern Umfang des Dienstleistungsangebots, Qualifikation der Leistungserbringer und Qualität der Leistung umfassen. Dies würde der geforderten Transparenz im Gesundheitswesen entsprechen.***

***Grundlage hierfür sollten ein externes Qualitätsmonitoring, eine Qualitätsbewertung und ein Benchmarking sein. Hierfür kommt nach Vorstellungen, die im BMC diskutiert werden, eine unabhängige, neutrale und dezentrale Einrichtung in Frage (beispielsweise in Form einer Stiftung analog „Stiftung Warentest“ oder nach dem Muster der NCQA).***