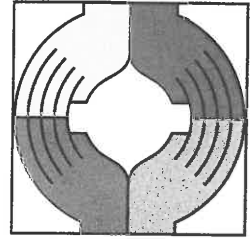


TTD, 11/13, S. 14-16

Rehacare/Hilfsmittelforum BVMed und BAG Selbsthilfe/Podiumsdiskussion

# Nabelschau mit Nadelstichen

**REHACARE®**  
 INTERNATIONAL

 Fachmesse und Kongress  
[www.rehacare.de](http://www.rehacare.de)

 Düsseldorf,  
 25. – 28. September 2013

„Die Hilfsmittelversorgung fünf Jahre nach dem GKV-OrgWG und GKV-WSG: Können die Rahmenbedingungen eine qualitative und ausreichend zweckmäßige Hilfsmittelversorgung gewährleisten?“ So sperrig der Titel, so groß das Risiko einer Diskussion à la „gehört und abgehakt“. Doch dann kommt alles ganz anders ...

Patienten, Betroffene, Angehörige bringen in Düsseldorf ihre Enttäuschung, Wut, Verzweiflung zum Ausdruck. Setzen die Branchen-Insider im Plenum unter Argumentations- und Rechtfertigungsdruck. Viel Unbequemes kommt zur Sprache. Doch es ist ein Teil der Versorgungswirklichkeit – fernab der auf zahlreich zelebrierten Business-Events der Hilfsmittelszene viel beschworenen „hohen Versorgungsqualität“.

Zufrieden waren am Ende irgendwie alle. Man hatte mal (endlich wieder) Tacheles geredet. Und man konnte viel mitnehmen. Denn nur aus Fehlern lernt man ...

Es war ein wahres Füllhorn an Problemen und Enttäuschungen, die aus dem Publikum zur Sprache kamen. Und dass die vermeintlich Schwächsten in der Versorgungskette den Mut zum Protest fanden, lag sicher auch ein gutes Stück an der souverän-sympathischen Moderation von Hans-Peter Geisel (PeGe.Med Consulting). Um folgende Punkte kreisten der Argwohn und die Enttäuschung primär:

- abgelehnte Kostenübernahmen
- Zuzahlungen (Festbeträge)
- Versorgungsqualität

## Übel 1 aus Patientensicht: Abgelehnte Kostenübernahmen

Bettina Hertkorn-Ketterer (Kanzlei Hertkorn-Ketterer) warnte davor, das neue Patientenrechtegesetz im Positiven überzubewerten. Auch aktuell würden manche Kassen das Thema Genehmigung von Hilfsmitteln/Fristeinhaltung „elegant umgehen“, indem sie bei drohendem Fristablauf die beantragte Leistung einfach erst einmal ablehnen würden. Folge: Die Versicherten könnten sich dann nicht mehr auf § 13 Abs. 3 a SGB V berufen, sondern müssten Widerspruch einlegen. Die Fristen des § 13 Abs. 3 a SGB V gelten aber, so Hertkorn-Ketterer, nicht für das Widerspruchsverfahren. Somit habe der Kostenträger die Möglichkeit, binnen drei Monaten zu entscheiden – bevor ihm gem. § 88 SGG eine Untätigkeitsklage drohe. Sie sprach in diesem Kontext von einer neuen „Guerilla-Taktik“ auf Kostenträgerseite.

Dr. Siiri Doka (BAG Selbsthilfe) schoss in die gleiche Richtung: „Vorsorgliche Ablehnungen von Kassenseite sind Fakt und inakzeptabel. Man kann nur hoffen, dass die Kassen das nicht so oft tun.“ Dr. Andrea Mischker (Juristin, Vertragsmanagement) pflichtete beiden indirekt bei: „Die Ablehnung ist sicher nicht das Mittel der Wahl.“

## Übel 2 aus Patientensicht: Zuzahlungen

In Düsseldorf ging es von Patientenseite beim Thema Zuzahlungen um Hörgeräte und saugende Inkontinenzhilfen. Carla Grienberger (Leiterin Referat Hilfsmittel beim GKV-Spitzenverband) machte klar, dass das Thema Zuzahlungen/Festbeträge ihre Einrichtung schon lange beschäftigt: „Die Aufzahlungsproblematik ist dem GKV-Spitzenverband ein Dorn im Auge – und das nicht nur bei den Hörhilfen.“ Konkret spielte sie auf



Rege Diskussion zum Thema Hilfsmittelversorgung (v. l.): Dr. Jörg Nosek (Wellspect HealthCare Dentsply), Dr. Siiri Doka (BAG Selbsthilfe), Carla Grienberger (GKV-Spitzenverband), Moderator Hans-Peter Geisel, Bettina Hertkorn-Ketterer (Kanzlei Hertkorn-Ketterer), Christian Lierse (Publicare Visé Homecare) und Dr. Andrea Mischker (BIG direkt gesund).

die Einlagenversorgung an und legte nach: „Die Versorgung mit einem adäquaten Produkt gemäß Festpreis ohne Aufzahlung muss möglich sein.“ Den Forderungen von entsprechenden Zuzahlungsregelungen von Leistungserbringerseite erteilte sie damit auch eine Absage.

In diesem Punkt war Dr. Doka (BAG Selbsthilfe) voll auf einer Wellenlänge mit der SpiBu-Repräsentantin: „Das Problem besteht darin, dass viele Patienten bei Hilfsmitteln zum Teil viel nachzahlen müssen.“ Beide brachen in Düsseldorf eine Lanze für den Erhalt des Sachleistungsprinzips. Doka ging noch einen Schritt weiter und forderte gar die Abschaffung aller Auf- und Zuzahlungsregelungen.

Die Juristin Hertkorn-Ketterer sieht das Festbetragsstigma in einem noch viel weiter reichenden Problemfeld verankert – quasi in einem aus ihrer Sicht Grundproblem des aktuell gelebten Versorgungssystems im Hilfsmittelmarkt. Fakt sei doch, dass immer mehr Patienten auch bei Ausschreibungen zuzahlen. Die Spirale drehe sich nur nach unten: Preise runter, Versorgungsqualität runter (wirtschaftlicher Druck aufseiten des Leistungserbringers). „Die Zeche zahlt am Ende doch allein der Patient. Entweder er sagt nichts (schluckt quasi die Versorgung) oder er zahlt drauf (aufgrund schlechter Qualität). Aber darüber wird nicht gesprochen.“ Mit wenigen Sätzen brachte sie des Pudels Kern auf den Punkt (Beifall von den Rängen).

Christian Lierse (Bereichsleitung Krankenkassen/Gesundheitspolitik, PubliCare Visé) warnte davor, dass qualitativ gute Leistungserbringer bei ständig und rapide sinkenden Vertragspreisen an ihre Grenzen stoßen. Darin schlummere eine Gefahr für die Versorgungsqualität generell: „Irgendwann steigen die Qualitätsanbieter aus.“

Dr. Jörg Nosek (Wellspect HealthCare Dentsply) erinnerte daran, dass es die Politik war, die den Zug in Richtung „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ losgeschickt habe. Fakt sei, dass sich Kassen, Leistungserbringer und Hersteller nun im vom Gesetzgeber vorgegebenen Level „Markt“ bewegen. Dass hier der Patient

„immer öfter“ auf der Strecke bleibe, sei bedauerlich, aber letztendlich vom Gesetzgeber „angestoßen“.

### **Übel 3 aus Patientensicht: Versorgungsqualität**

Dr. Doka verwies auf die nach wie vor vielen Hilfsmittelversorgungen, „die schief laufen“. Der MDS habe recherchiert und sei zu dem Ergebnis gekommen, dass das Gros der Beanstandungen von Versichertenseite berechtigt war. Ihre Forderung: „eine stärkere Kontrolle der Versorgungs- und Ergebnisqualität“.

Mit Blick auf die aktuell erfolgte Verlängerung der Bestandsschutzregelung betonte Grienberger noch einmal, dass nun die Qualität der Mitarbeiter im Sanitätshaus in den Mittelpunkt rücken müsse. „Da sind wir aktuell in der Diskussion mit den Leistungserbringern.“ Der SpiBu wolle hier aktiver werden und eigene Forderungen formulieren, die dann auch in die Verträge einfließen sollen.

Ins gleiche Horn blies Dr. Mischker (BIG direkt gesund). Beim Thema Dienstleistungsqualität herrsche „extremer Nachholbedarf“. Durch die Systematik der Vertragsbeiträge seien hier auch die Leistungserbringer gefordert (Versorgungs-, Ausbildungs-, Fortbildungs-Qualität). Eine Spitze gegen die Leistungserbringer konnte sie sich zum Thema Versorgungsqualität dann doch nicht verkneifen: „Leistungserbringer sollten dem Anspruch (an eine hohe Versorgungsqualität, Anm. d. Red.) optimal gerecht werden. Leider verfolgen sie aber oft Eigeninteressen.“

Hier brachte sie (Überraschung!) den neutralen Hilfsmittel-Berater ins Spiel. Dieser solle alle Seiten im Versorgungsprozess beleuchten und „im Kern der Anwalt der Betroffenen“ sein. Sie räumte aber gleichwohl ein, dass sie wisse, dass das Thema Hilfsmittel-Berater „aktuell unten durch ist“.

Diesen Ball nahm die Juristin Hertkorn-Ketterer dankbar auf. Sie gab der Kassenvertreterin Kontra. Denn eigentlich sei es die Aufgabe einer Krankenkasse, den Versicherten korrekt zu beraten und die Ansprüche hinsichtlich der korrekten Versorgung mit Hilfsmitteln zu evaluieren.

Hertkorn-Ketterer: „Leistungserbringer und Krankenkassen sollten mit Blick auf die Patienten mehr verstandes- und zielorientiert agieren. Und lieber weniger Lagerkämpfe austragen.“ – Damit ist alles gesagt. wds