Hinter der Wohnungstür – Hilfsmittelversorgung 2014

Patrick Kolb
Stellvertr. Vorsitzende Fachvereinigung Medizinprodukte e.V.

1. Vorstellung f.m.p.

Mitgliedsverbände der **f.m.p.**

- **BVS** e.V.
  Bundesverband des Sanitätsfachhandels
- **EGROH** e.G.
- **sanum**
  Spitzenverband ambulante Nerven- und Muskelstimulation e.V.
- **ZMT**
  Zentralvereinigung medizin-technischer Fachhändler, Hersteller, Dienstleister und Berater e.V.

Schwerpunkte der Verbandsarbeit im Bereich Hilfsmittel 2012-2014

- Aktionsbündnis gegen Ausschreibung (BVS)
- Externe Hilfsmittelberater
- Präqualifizierung
- Produktgruppe 11 – Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Korruption und Wettbewerbsbeschränkung

Die Schwarze Null muss stehen oder die Wurzel allen Übels

- ➔ GKV-FQWG führt zu einem reinen Preiswettbewerb der Krankenkassen um den günstigsten Beitrag
- ➔ Politik leugnet den daraus resultierenden Qualitäts-verlust in der Versorgung
- ➔ Krankenkassen mit höheren Beiträgen werden als schlechte Wirtschafter stigmatisiert
- ➔ Ausgeglichener Haushalt wichtiger als Zukunfts-investitionen in tragfähige Versorgungssysteme

Spiel mit der Solidargemeinschaft

- Naturalisierung der ökonomischen Zwänge durch die Politik („Wir haben keine finanziellen Spielräume.“)

- Keine öffentliche Debatte darüber, was der Gesellschaft eine gute Versorgung unserer Elterngeneration wert ist.

- „Geiz ist geil“-Mentalität führt zu Entsolidarisierung und radikalen Ökonomisierung des Sozialen

- Vormals selbstverständliches Solidaritätsdenken und Solidaritätsstrukturen werden sukzessive verdrängt

Herkulesaufgabe für die Krankenkassen:

„Preiswettbewerb bestehen und gleichzeitig Sozial-gesetzgebung und Versichertenrechte wahren.“

Ausschreibungen als Lösungsstrategie für den Hilfsmittelbereich???

- Zusatzbeitrag exklusiv für Alte und Kranke
- Aushöhlung des Sachleistungprinzips
- Umdefinition „ausreichende Leistung“
- ...
- ...

3. Ausschreibungen und die Folgen I

Duldung von Vertrags- und Gesetzesverstoß zu Lasten der Versicherten

Ein Beispiel:
Versorgungen der Versicherten mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus (PG11) der AOK Hessen

Duldung von Vertrags- und Gesetzes-verstoß zu Lasten der Versicherten

„Nur Fachkräfte führen eine Erhebung vor Ort durch und wählen individuell das benötigte Antidekubitus-Hilfsmittel aus.“

„Die Versorgungsqualität der AOK Hessen wird regelmäßig überprüft und nur hochwertige, erstklassige Produkte individuell auf die Patienten-bedürfnisse angepasst kommen zum Einsatz.“

Fritz Müller, Vorstandsvorsitzender der AOK Hessen auf Anfrage nach dem Missverhältnis Vertragsanforderungen-Ausschreibungspreis (vor Veröffentlichung der IWAK-Studie)

Duldung von Vertrags- und Gesetzesverstoß zu Lasten der Versicherten

f.m.p. FACHVEREINIGUNG MEDIZIN PRODUKTE E.V.

Forschungsbericht 8

Qualität der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen

am Beispiel der Hilfsmittelversorgung durch die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Erhebung der Versorgungsqualität in dem Hilfsmittelbereich Anti-Dekubitus-Hilfsmittel

IWAK
Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur
Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Duldung von Vertrags- und Gesetzes-verstoß zu Lasten der Versicherten

Vertragsinhalte der AOK-Hessen- Ausschreibung…	*…Versorgungsrealität gemäß IWAK-Studie*
Beratung des Versicherten bzw. der betreuenden Personen durch Haus- oder Krankenhausbesuch	In 75% der Versorgungsfälle fand keine Beratung und Bedarfsermittlung statt
Lieferung der Liegehilfe innerhalb von 24 Stunden nach Auftragseingang bei dem Versicherten	80% der Versicherten wurden nicht rechtzeitig versorgt (durchschnittlich erst nach 9 Tagen)
Persönliche Einweisung in die Nutzung der Liegehilfe des Versicherten und/oder der Anwender analog § 5 MPBetrV im häuslichen Umfeld	34,4% der Versicherten erhielten keine Einweisung gemäß § 5 MPBetrV
Hygienische Aufbereitung analog der MPBetrV Betreiberverordnung § 4 und Empfehlung des RKI	„Wir wischen das System für den nächsten Einsatz noch auf der Pkw-Ladefläche ab.“ (Aussage eines Ausschreibungsgewinners) Wiedereinsatz von Schaumstoff nach Wisch-desinfektion
Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache	20% erhalten keine Gebrauchsanweisung
Pflegerische Fachqualifikation des Personals	In mind. 67% der Fälle fand die Versorgung nicht durch examin. Pflegepersonal statt
„Erstklassige Produkte, individuell auf den Patienten angepasst“ (F. Müller)	Produktspezifisch Einheitsversorgung aus dem untersten Preissegment, keine Individualität der Versorgung

Duldung von Vertrags- und Gesetzes-verstoß zu Lasten der Versicherten

Fazit der AOK-Hessen-Ausschreibung:

- Kalkulatorischer Nachweis, dass Vertragsleistungen nicht zu den Erstattungspreisen (90,00€ bis 110,00€) erbracht werden können. Dennoch erfolgt jahrelang kein Controlling.

- Die nicht vertrags- und rechtskonforme Versorgung ist bei den Vertragspartnern die Regel, nicht die Ausnahme.

- Versicherte werden nicht individuell, leitliniengerecht versorgt.

- Versicherte werden Gesundheitsrisiken ausgesetzt.

Duldung von Vertrags- und Gesetzes-verstoß zu Lasten der Versicherten

Fragen nach der IWAK-Studie (1):

- Stellen die Angebote einen Verstoß gegen die Vergabeordnung und das UWG dar?

- Nimmt die AOK Hessen für einen Dumpingpreis Verstöße gegen MPBetrV, HiMi-Richtlinien, Expertenstandard und den eigenen Vertrag und damit die Gefährdung ihrer Versicherten in Kauf?

- Ist das Ergebnis der IWAK-Studie ein Fall für BVA und BfArM?

Duldung von Vertrags- und Gesetzes-verstoß zu Lasten der Versicherten

Fragen nach der IWAK-Studie (2):

- Warum erfolgt keine Kündigung der Ausschreibungsgewinner?

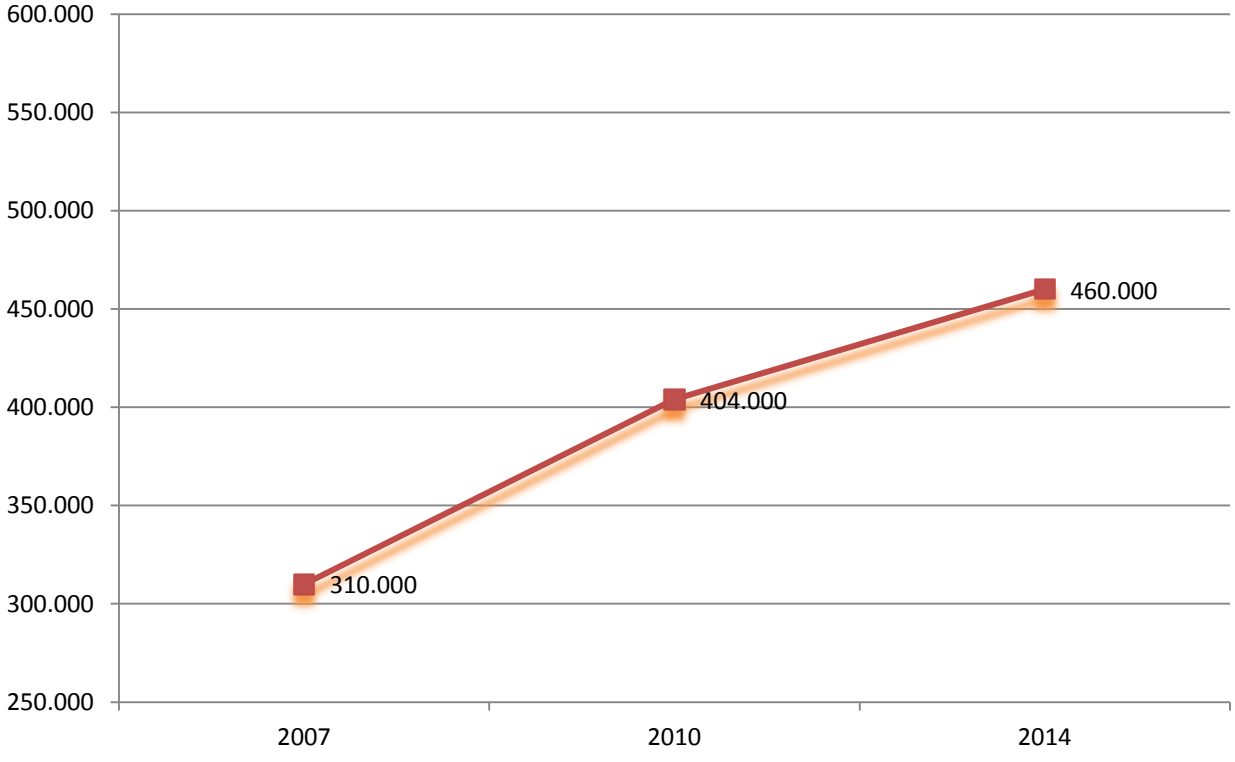
- Wie soll der Vertrag zukünftig erfüllt werden?

- Ist die Versorgungssituation bei der AOK Nordwest u.a. ähnlich?

- Werden die Rechte der Versicherten auf Unversehrtheit und zweckmäßige Versorgung auf dem Altar der Niedrigstpreis-Ausschreibung geopfert?

Ursachen für Fallzahlenentwicklung???

48% Zunahme der Dekubitushäufigkeit bei nur 16% Zunahme der Pflegebedürftigkeit. Worin liegen die Ursachen?



Entwicklung Patienten mit Diagnose „Dekubitus“ in Deutschland 2007-2014
Quellen: AOK WIdO; DRG-Market, 05.2014

3. Ausschreibungen und die Folgen II

Der Zusatzbeitrag durch die Hintertür:

Aufzahlung für die „bedarfsgerechte“ Versorgung

Minimalkostenkalkulation Rollatorversorgung

Kalkulatorische Kosten für eine Einzelversorgung	
A Einzelkosten (direkt zuordnenbare Kosten)	
Kfz-Kosten Anfahrt Service-/Auslieferungsfahrer[1]	9,00 €
Personalkosten Servicekraft für Anfahrt, Lieferung, Einweisung, Dokumentation[2]	6,00 €
Kfz-Kosten Abholung[1]	9,00 €
Personalkosten Abholung Service-Mitarbeiter Anfahrt + Verpackung und Dokumentation[2]	4,00 €
Personalkosten Innendienst für Versorgungsvorgang: Auftragsannahme und -erfassung, Auftragsterminierung, Erstellung Versorgungsunterlagen, Abrechnung, Erfassung Abholung, Terminierung, Erstellung Abholunterlagen, Abholdokumentation[3]	3,20 €
Hygienische Aufbereitung, Instandsetzung, Dokumentation, Einlagerung Servicemitarbeiter[5]	2,40 €
Anteilige Kosten für Reklamationsbearbeitung, Defekt (bei 3% Reklamationsquote)[6]	1,00 €
Produkt- / Wareneinsatz (anteilige Afa)[7]	12,50 €
Kalkulatorische Einzelkosten (variable Kosten)	**47,10 €**
B Gemeinkostenzuschlagssatz 25% [10]	11,78 €
Inflationsausgleich Pauschalen-Laufzeit[11]	1,87 €
Kalkulatorische Gesamtkosten	60,75 €
Gewinnaufschlag[12]	1,52 €
Mindestangebotspreis	62,27 €

Kv ≥ P

Wie kann ein Unternehmen eine Rollatorenversorgung deutlich unterhalb der variablen Kosten anbieten?

Der Zusatzbeitrag durch die Hintertür: Aufzahlung für die bedarfsgerechte Versorgung

- Preismengeneffekt nicht möglich, wenn variable Kosten einer Versorgung über den Ausschreibungspreisen liegen

- Ausschreibungsteilnehmer bieten auf den Kopf

- Versorgungsstrategie der Ausschreibungsgewinner:
  - Diffamierung der Kassenleistung vor Ort
  - Aufzahlung auch für Vertragsleistungen
  - Überversorgung zu Lasten des Versicherten
  - Generierung weiterer Verordnungen

- Versicherte wird um die gesetzeskonforme Leistung geprellt, um Verlust des Losgewinners zu vermeiden.

- Das Solidarprinzip wird auf den Kopf gestellt: Aufzahlung = Zusatzbeitrag exklusiv für Alte und Kranke

3. Ausschreibungen und die Folgen III

Entsolidarisierung und Förderung der Zweiklassenmedizin

- Soziale Selektion in der Gesundheitsversorgung

- Hängt die Chance auf Mobilität und Teilhabe am Leben in Zukunft vom Geldbeutel des Erkrankten ab?

- Der Versicherte kann bei Ausschreibungen nicht mehr auf den Schutz des SGB vertrauen.

- Der GKV-Versicherungsschutz ist in der Hilfsmittel-versorgung kein homogenes Gut.

- Es gibt elementare Leistungsunterschiede zwischen den Krankenkassen,die heute noch nicht transparent sind.

Gewinnen um jeden Preis – Korruptive Geschäftsmodelle zwingen zum Losgewinn

- Leistungserbringer, die „Exklusivverträge“ mit Kliniken u. Einrichtungen unterhalten, müssen Lose zur Aufrechterhaltung ihres Geschäftsmodells gewinnen.

- Kompensation des Verlustes durch Ausschreibungspreise über Indikations-Pakete führen zu Ausgabensteigerungen bei den Ausschreibungskassen

Missachtung des EU-Rechts – Ausschreibungs-kassen setzen nur auf den niedrigsten Preis

- 17.4.2014 Neue EU-Vergaberichtlinien 2014/247EU zur Modernisierung des Vergaberechtes

- Behörden sollen Schwerpunkt stärker auf Qualitäts-, Umwelt- oder Sozialaspekte und Innovationen legen.

- Stärkung sozialer Aspekte im Einklang mit dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz

- Nicht mehr „niedrigster Preis“, sondern „wirtschaftlich günstigstes Angebot“

3. Ausschreibungen und die Folgen

BARMER GEK die gesund experten

Gesundheitswesen

Beiträge und Analysen

Nikolaus Schmitt
„Vergabeverfahren im Arznei- und Hilfsmittelbereich:
Wettbewerbsvorteile durch selektive Vertragsarbeit"

3. Ausschreibungen und die Folgen

BARMER GEK die gesund experten
Beiträge und Analysen

„Kostensenkung im Wettbewerb ist nur dann effektiv, wenn sie mittels durchgängiger Wirtschaftlichkeitsbetrachtung umfassend analysiert wurde. Daher sind die Parameter der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung neben monetären Größen auch die zu berücksichtigenden ***rechtlichen Rahmenbedingungen und Risiken, der Versorgungsprozess, Marktreaktionen*** *und die eigene langfristige Strategie.“*

„Auch wenn der mit einem Bekanntmachungsvertrag erzielte Preiseffekt regelmäßig niedriger sein dürfte als bei öffentlichen Ausschreibungen mit Exklusivzuschlägen, ***sind die Ergebnisse in der Aufwands- und Ertragsrechnung meist besser, da unerwünschte Effekte der Versorgung und die Widerstände der Marktteilnehmer geringer ausfallen****.“*

*„****Die Bekanntmachungsverträge werden von den Krankenkassen als das insgesamt wirtschaftlich überlegene Konzept für selektive Versorgungsverträge angesehen****. Sie sind besser geeignet, individuell zugeschnittene Versorgungsprozesse abzubilden und die Vielzahl der Leistungserbringer wettbewerblich im Markt zu halten.“*

3. Ausschreibungen und die Folgen

Was auf die DAK und Ihre Versicherten zukommen könnte…

- Austritte von Versicherten bei betroffenen Leistungserbringern

- Diffamierung der Krankenkasse am point of sale

- Veröffentlichung des „Zusatzbeitrages durch die Hintertür“ in den Medien (Imageschaden und Mitgliederverluste)

- Steigende Kosten durch Kompensationsverordnungen

- Vertragskündigungen durch die Leistungserbringer und Übergang zum Einzelkostenvoranschlag

- Ausweichversorgungen zum verordneten Ausschreibungsprodukt

- …

4. Was sonst noch beim Patienten (nicht) ankommt…

A Manche Kassen erwecken den Anschein einer systematischen Verweigerung von Leistungen

- ▷ Einzelfall wird nicht geprüft
- ▷ Pauschale Ablehnungen mit juristisch falschen Begründungen (keine Erfüllung der §§ 24, 35 SGB X)
- ▷ Reaktion nur auf juristischen und öffentlichen Druck

B Sachlich nicht begründete Leistungsvorgaben und Rationierungen

- ▷ Barmer-Quoten in der PG 11
- ▷ Kontingentausschreibungen AOK Niedersachsen
- ▷ Wiedereinsatz von Schaumstoffmatratzen aus Kassenlagern
- ▷ …

4. Was sonst noch beim Patienten (nicht) ankommt…

BARMER GEK die gesund experten

Protokollnotiz zu Anlage 2

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass mit Abschluss des Vertrages eine am individuellen medizinischen Bedarf der Versicherten der BARMER GEK ausgerichtete Versorgung mit Antidekubitus-Liegesystemen auf hohem Qualitätsniveau sichergestellt werden soll. Gleichzeitig sind sich die Vertragspartner darin einig, dass die am Einzelfall orientierte Versorgung wirtschaftlich sein muss.

Im Sinne dieser Ausrichtung des Vertrages und auf Basis der Kenntnisse über die Verteilung der Dekubitusgrade auf die Gesamtzahl der Versorgungen von BARMER GEK Versicherten vereinbaren die Vertragspartner als Ziel dieses Vertrages die folgenden Quoten für die Verteilung der Versorgungen auf die unterschiedlichen Arten von Antidekubitus-Liegesystemen:

- Weich- und Freilagerungssysteme: mindestens 80 %
- Systeme zur intermittierenden Entlastung und kombinierte Systeme zur intermittierenden Entlastung: maximal 20 %.

4. Was sonst noch beim Patienten (nicht) ankommt…

Kontingentausschreibung Wechseldruckauflagen AOK Niedersachsen, 10.2014

Sehr geehrter otop Nutzer,

für den otop Hilfsmittelmarktplatz liegt **1** neue Kontingentanfrage vor:

Kontingentanfragen

Vorgangsnr.	Hilfsmittelnummer	Menge	Regionalität
1729641a	**11.29.04** Auflagen zur intermittierenden Entlastung	250 Stück	bundesweit

Bei dieser E-Mail handelt es sich um einen kostenlosen Service der otop AG. Um die Abgabe Ihres Gebotes innerhalb der jeweiligen Ausschreibungsfrist sicherzustellen, empfehlen wir Ihnen, den Marktplatz regelmäßig auf für Sie relevante Ausschreibungen zu überprüfen. Falls Sie die tägliche E-Mail mit den Anfragen und Kontingentanfragen nicht mehr erhalten möchten, dann klicken Sie bitte auf den Link E-Mail abbestellen. Sie können die Einstellung auch jederzeit unter "Mein otop / Benutzerdaten" wieder rückgängig machen. Falls Sie diesbezüglich noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr otop-Team

5. Was sonst noch beim Patienten (nicht) ankommt…

C Administrative Hürden behindern schnelle patientenorientierte Versorgung

▷ Bsp. DAK: Kauf-Wiedereinsatzsystem in der PG 11 verhindert unverzügliche Versorgung nach Expertenstandard

▷ Bsp. AOK Rheinland /Hamburg

- Vorabversorgung ohne Rezept nicht erlaubt
- Ablehnung der Leistung wenn Lieferschein-Datum vor Rezeptdatum
- Abrechnung nur bei Empfangsunterschrift des Betreuers
- …

6. Fehlentwicklungen auf Leistungserbringerseite…

- ⇨ „Generierung“ medizinisch nicht notwendiger Kompensationsgeschäfte
- ⇨ Überversorgung im Rahmen korruptiver Geschäftsmodelle
- ⇨ Patientengefährdung durch mangelnde hygienische Aufbereitung von Hilfsmitteln
- ⇨ Angebotsgestaltung nach dem „Geringsten Widerstand“
- ⇨ Unkritische Übernahme von Werbeversprechen bei der Produktverwendung.

6. Fehlentwicklungen auf Leistungserbringerseite…

- ⇨ Abbau von Fachpersonal, Rückgang qualifizierter Fachberatung
- ⇨ Entstehung eines neuen Niedriglohnsektors mit prekären Beschäftigungsverhältnissen
- ⇨ Unlautere Methoden zur Eigenleistung, Ausnutzen von Notsituationen
- ⇨ Täuschung über Vertragsleistung / Leistungsanspruch zur Erzielung von Aufzahlungsumsatz

Lösungsansätze

- Öffentliche Debatte darüber, was unserer Gesellschaft die Versorgung unserer Alten und Kranken wert ist!
- Neudefinition des Leistungskataloges mit klaren Dienstleistungsstandards für jede Produktgruppe
- Verpflichtende Aufnahme der Standards in die Versorgungsverträge
- Mehr Freiheiten zum Abschluss von Selektivverträgen
- Prüfung von realistischer Leistungskalkulation und Preisgestaltung

7. Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Hilfsmittelversorgung

Lösungsansätze

- Marketing-Wandel bei den Krankenkassen
- Transparenz und Information für Verbraucher über Hilfsmittelleistungen
- Portal zur Bewertung von Krankenkassen und Leistungserbringern in der Hilfsmittelversorgung
- Krankenkassen müssen aktiv Korruption bekämpfen
- Initiative gegen aktuelle Politik des BMG

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!