

Argumentationspapier

## Die 9 Thesen der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung im Faktencheck

30. Oktober 2023

**These 1** | Konsortien und Verhaltensweisen auf Seiten der Leistungserbringer erschweren faire Verhandlungsprozesse für die Krankenkassen und haben den Wettbewerb vollends zum Erliegen gebracht.

**Faktencheck** Ein fairer Verhandlungsprozess ist geprägt durch Verhandlungen auf Augenhöhe.

- Über das Instrument der Schiedsverfahren können Preisdissense im Rahmen der Verhandlungen geklärt werden – es besteht ein Korrektiv, das Fehlentwicklungen (auf beiden Seiten) entgegenwirkt.
- Soweit behauptet wird, Konsortien und Verhaltensweisen würden faire Verhandlungen erschweren: Das Bundeskartellamt trägt dafür Sorge, dass sich Leistungserbringer sowie Krankenkassen kartellrechtskonform verhalten. Die vorhandenen gesetzlichen Regelungen reichen hierfür aus.
- Bei abgeschlossenen Verträgen fehlt eine Anpassungsoption an außerordentliche Veränderungen. Hier haben Leistungserbringer nur die Option der Vertragsbeendigung einhergehend mit dem Ausschluss aus der Versorgung. Gesetzliche Regelungen zu Vertragsanpassungen könnten hier Abhilfe schaffen.

**These 2** | Durch die Rechtsentwicklung und das Marktverhalten der Leistungserbringenden ist die Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung zunehmend in den Hintergrund geraten.

**Faktencheck** Die Leistungserbringer haben sowohl die Corona-Pandemiekosten als auch Kostensteigerungen durch gestörte Lieferketten, Inflation, Ukraine-Krieg und Personalknappheit überwiegend selbst getragen. Notwendige Preissteigerungen sind die Folge u. a. dieser Entwicklungen.

**These 3** | Monopolartige Strukturen sind aufzubrechen.

**Faktencheck** Es sind die Ausschreibungen, die zu monopolartigen Strukturen führen und die vorhandenen, wohnortnahen Strukturen nachhaltig verändern würden. Durch Ausschreibungen weggefallene regionale/ortsnahe Versorgungsstrukturen wären nicht mehr kurzfristig reaktivierbar. Fehler, die im Bereich der Arzneimittelversorgungen (durch Ausschreibungen) gemacht wurden, welche zu massiven Mangelversorgungen mit wichtigen Arzneimitteln geführt haben, sollten nicht wiederholt werden!

## **These 4 | Vertragsrechtliche Handlungsspielräume müssen erweitert werden – insbesondere durch Ausschreibungen und Open-House-Verträge mit festen Qualitätskriterien.**

**Faktencheck** Ausschreibungen sind bereits in der Vergangenheit – trotz mehrfacher Korrekturversuche durch den Gesetzgeber – gescheitert. Sie führen zu Qualitätsverlusten und dadurch zu steigenden (Mehr-) Kosten, und ebnen den Weg der GKV aus dem Sachleistungsprinzip, hin zu einem Festzuschuss-System oder zu Leistungsausgrenzungen. Ebenso sind sinkende Lebensqualität sowie eingeschränkte Teilhabe für Patient:innen eine weitere Folge daraus, z. B. in Folge von Produktwechsellern oder nicht abgestimmter Versorgungsungen. Sie verhindern die Ambulantisierung, denn sie zerstören regional dringend benötigte Netzwerke und führen zu einer Zersplitterung der Versorgung multimorbider Menschen. Open House Modelle als Alternative zu Ausschreibungen führen dazu, dass die GKV einseitig Vertragsinhalte inkl. Preis vorgeben kann.

## **These 5 | Ausschreibungen sollten für definierte Hilfsmittelbereiche einer „Positivliste“ erfolgen und können über Mehrpartnermodelle und Qualitätskriterien die Fehler der Vergangenheit ausräumen.**

**Faktencheck** Für den Hilfsmittelbereich gab es in der Vergangenheit Zweckmäßigkeitsempfehlungen, die Ausschreibungen in bestimmten Bereichen als ungeeignet ansah. Hilfsmittel-Ausschreibungen in Bereichen, für die diese als „zweckmäßig“ angesehen wurden, haben in der Praxis ebenfalls zu erheblichen Versorgungsdefiziten bei den Versicherten geführt. Der individuelle Versorgungsanspruch konnte mit Ausschreibungen auch hier nicht erfüllt werden. Auch Mehrpartnermodelle und Qualitätskriterien haben zu keiner angemessenen Versorgungssituation bei den Versicherten geführt, zumal die Qualitätskriterien wenig transparent überprüft wurden und Versäumnisse bei der Patient:innenversorgung ohne weitreichende Folgen für die Krankenkassen und die Ausschreibungsgewinner waren. Die Folgen durch Minderversorgung trugen allein die Patient:innen.

## **These 6 | Einzelvereinbarungen müssen grundsätzlich möglich sein, wenn keine Rahmenverträge beabsichtigt sind.**

**Faktencheck** Rahmenvereinbarungen dienen der administrationsarmen Abwicklung größerer Hilfsmittelversorgungsbereiche und der rechtssicheren Abrechnung erbrachter Leistungen. Einzelvereinbarungen verlangsamen die Patient:innenversorgung, führen zu Auswüchsen (wie z. B. Versorgungsungen über „otop“-Plattform) und hebeln das Patient:innenwahlrecht und die wohnortnahe Versorgung aus.

**These 7** | Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Regelungen, die den Umfang und die Art der Veröffentlichung von Vertragsinhalten sachgerecht und wettbewerbsfördernd festlegen; Einzelheiten sollen in Rahmenempfehlungen geregelt werden. Vertragsinhalte sollen nur bei berechtigtem Interesse bekannt gegeben werden müssen.

**Faktencheck** Transparenz über Versorgungsverträge und -inhalte dient dem fairen Wettbewerb, da Krankenkassen in der Vergangenheit durch Intransparenz ihre Verhandlungsposition unlauter gestärkt haben. Durch das Vertragserfordernis ist der Druck auf Leistungserbringer, einen Vertrag abzuschließen grundsätzlich sehr hoch. Die Wiedereinführung von Intransparenz über Vertragsabschlüsse würde den fairen Wettbewerb zerstören.

**These 8** | Kontrahierungszwang für Leistungserbringer

**Faktencheck** Freier Wettbewerb und Kontrahierungszwang schließen sich aus. Bei Zulassungen – deren Wiedereinführungen die Kassen ablehnen - wäre die Anerkennung bestehender Verträge Voraussetzung. In einem freien Vertragswettbewerb, der von den Krankenkassen mit Nachdruck eingefordert wird, kann es keinen Kontrahierungszwang geben. Leistungserbringer müssen in einem Vertragswettbewerb das Recht haben, Verträge, die für sie unwirtschaftlich sind, nicht zu bedienen. Eine Entscheidung, die angesichts der existentiellen Bedeutung von Verträgen (die Versorgungsberechtigung hängt von den Verträgen ab) ohnehin nur dann getroffen wird, wenn keine Alternative möglich ist.

**These 9** | Produkt und Dienstleistung sollten getrennt werden; Kassen sollten mit Herstellern direkt kontrahieren können (open house) und nur die Dienstleistung mit Leistungserbringern wie bisher vereinbaren.

**Faktencheck** Die Folgen einer solchen Idee sind aktuell im Bereich der Arzneimittelwirkstoffe zu sehen: Durch Open House, Ausschreibungen und Festbeträge ist es bei einigen Arzneimittelwirkstoffen zu einer Oligopolisierung bei den weltweit agierenden Herstellern gekommen. Diese bedienen nach monetärer Ausrichtung den deutschen Markt nicht mehr in dem erforderlichen Maße. Im Ergebnis würde durch die Umsetzung der vorgeschlagenen Instrumente der Hilfsmittelanspruch des Patient:innen auf die im Einzelfall erforderliche Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen nach rein wirtschaftlichen Interessen eingeschränkt werden. Im Ergebnis bestünde im Rahmen des Sachleistungsprinzips kein individueller Patient:innenanspruch mehr auf Hilfsmittel, die den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine solche ausgleichen. Damit würden je nach Finanzlage der Krankenkassen das Sachleistungsprinzip und die mehrkostenfreie Hilfsmittelversorgung nicht mehr gegeben.

**Kontakt**

Juliane Pohl  
Referat Ambulante Gesundheitsversorgung  
[pohl@bvmed.de](mailto:pohl@bvmed.de)

**BVMed**

Bundesverband Medizintechnologie e.V.  
Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin  
+49 30 246 255 - DW  
[www.bvmed.de](http://www.bvmed.de)

