

Zunächst möchte ich mich bei Barrierefrei Leben für die Einladung und die Möglichkeit hier zu reden bedanken.

Ich bin seit bald 20 Jahren Mitarbeiter der Beratungsstelle für behinderte Menschen des Vereins Autonom Leben. Seit Jahren informiere ich außerdem regelmäßig die Patienten im Querschnittgelähmtenzentrum des Unfallkrankenhauses Boberg über ihre Rechte. Ich bin seit 14 Jahren mitverantwortlich für den ambulanten Pflegedienst „Hamburger Assistenzgenossenschaft“. Und ich bin seit über 35 Jahren ständig angewiesen auf die verschiedensten Hilfsmittel: auf kleine Pflegehilfsmittel, auf Inkontinenzhilfsmittel, auf kleine technische Hilfsmittel wie Handgelenksstützen, Schreib- und Esshilfen, auf Spezialkissen, auf ein Spezialbett, auf einen Lifter, auf elektrische Türöffner und natürlich auf Rollstühle: einen Toilettenrollstuhl, einen leichten Schieberollstuhl, um mich über Treppen zu bringen, wenn Aufzüge und Rampen fehlen und auf einen High-tech E-Rollstuhl. Ich kann also mit gewisser Berechtigung sagen, dass ich ein Fachmann bin, auf jedem Fall und in jeder Hinsicht bin ich aber ein Betroffener.

Hier ist nicht die Zeit und der Platz, um auf den ganzen Irrsinn der Gesundheitsversorgung einzugehen. Bleiben wir bei den Folgen des gesetzlichen Krankenversicherungs-Wettbewerbstärkungsgesetz (GKV-WSG), das zum 1. April 2007 in Kraft trat, die dann ab Januar nächsten Jahres, wenn die Übergangsfrist abgelaufen ist, voll wirksam werden.

Der Hilfsmittelmarkt ist ein Milliardengeschäft. 2006 wurden laut dem Bundesamt für Statistik 10,9 Milliarden Euro dafür ausgegeben. Die Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2006 beliefen sich auf 245 Mrd. Euro. Die Ausgaben für Hilfsmittel waren also nur ein sehr kleiner Teil davon. Die GKV bezahlte davon gut die Hälfte.

Das BMG erhofft sich durch das GKV-WSG, dass die gesetzlichen Kassen jährlich rund 300 Millionen Euro einsparen. Kassen und Hilfsmittelhersteller bezweifeln jedoch, ob allein durch Ausschreibung ein Einsparpotential in dieser Größenordnung möglich ist.

Es ist bislang noch offen, wie stark sich die Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich durchsetzen werden.

Gesetzlich verlangt ist zwar, dass die Kassen das Ausschreibungsverfahren vorrangig einsetzen, um ihre Vertragspartner zu ermitteln, bei Hilfsmitteln, für die Ausschreibungen nicht „zweckmäßig“ sind, soll jedoch auf diese verzichtet werden. Nämlich dann, wenn es in einer strukturschwachen Region nur einen geeigneten Anbieter für ein Hilfsmittel gibt, oder wenn neben der standardmäßigen Auswahl, Anpassung und Abgabe des Hilfsmittels umfangreiche oder nicht standardisierbare Anpassungen anfallen – sprich: wenn die Hilfsmittel nur mit einem hohen Dienstleistungsanteil bereitgestellt werden können. Nach Ansicht des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks müssen ganze 90 Prozent aller Hilfsmittel individuell angepasst werden.

Nur bei berechtigtem Interesse dürfen die Versicherten einen anderen Hersteller als den Ausschreibungsgewinner wählen, sie müssen dafür aber die möglichen Mehrkosten selbst tragen.

Ein solches berechtigtes Interesse der Versicherten liegt zum Beispiel vor, wenn

- diese sich für eine aufwendigere Versorgung bzw. ein höherwertigeres Produkt entscheiden;
- wenn ein hoher individueller Anpassungsbedarf erforderlich ist;
- wenn es sich um die Ersatzbeschaffung eines baugleichen Hilfsmittels handelt;
- die Versorgung aus einer Hand bei einer Vielzahl von Hilfsmitteln gewünscht wird;
- das Vertrauensverhältnis zum Vertragspartner der Krankenkasse fehlt.

Die Versicherten müssen vor der Wahl eines anderen Leistungserbringers ihr berechtigtes Interesse gegenüber der Krankenkasse anzeigen.

In einer gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 27. März 2007 heißt es, die Kassen sollten im Vorfeld der Versorgung prüfen, ob in einem möglichen Einzelfall so ein berechtigtes Interesse tatsächlich vorläge, „um die Wirkung des Ausschreibungsinstrumentes nicht durch diese Ausnahmeregelung zu unterlaufen“.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über ihre Vertragspartner sowie über die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Verträge zu informieren.

Bisher ist aber noch wenig über Ausschreibungen, Vertragspartner und die Vertragsinhalte bekannt. Das liegt vor allem auch an den vielen rechtlichen Unklarheiten, die durch die Gesetzesänderung entstanden sind.

So ist beispielsweise nicht geklärt, ob die Ausschreibungen nach Europarecht gestaltet werden müssen. Wenn das der Fall wäre, dann würden unter anderem die oben erwähnten Ausnahmen bei berechtigten Interessen der Versicherten gar nicht mehr gelten.

Unklar ist weiterhin, was als Dienstleistungsanteil der Hilfsmittel gilt. Wie dieser gemessen wird, vergleichbar gemacht und in Preisen ausgedrückt werden kann

Wohnortnahe Apotheken und Sanitätshäuser können bei den derzeitigen Ausschreibungen kaum mithalten. Die Krankenkassen schreiben die Versorgung in Losen aus. Gegenwärtig sollen die Lose eine Größe von bis zu 7200 Versicherten haben. Dies bedeutet, dass der Ausschreibungsgewinner eine entsprechende Unternehmensgröße haben muss. Grundsätzlich ist es zwar auch für kleinere Unternehmen möglich, sich an Ausschreibungen in Form einer Bietergemeinschaft zu beteiligen, doch ist dies in der Vergangenheit an den verlangten Anforderungen gescheitert, unter anderem wird die Hinterlegung von Bankbürgschaften in sechsstelliger Höhe gefordert.

Dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags liegen derzeit 15 Petitionen zur Hilfsmittelversorgung nach dem GKV-WSG vor. Die Klagen sind vielfältig. Sie betreffen die eingeschränkte Wahlfreiheit der Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung und Angst vor Qualitätseinbußen ebenso wie die Sorge um den

Fortbestand der mittelständischen Hilfsmittelanbieter. Beinahe wöchentlich melden sich neue Kritiker zu Wort.

Das Entscheidende ist aber: Mit dem GKV-WSG, wurde uns Versicherten ein wichtiges Recht geraubt. Das Recht nämlich, uns den Anbieter der Hilfsmittel, die wir benötigen, selbst auszusuchen. Damit liegt das GKV-WSG und damit die gesetzlichen Krankenkassen erneut quer zu dem in den anderen Sozialgesetzbüchern verlangten Paradigmenwechsel: der Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten und der Förderung ihrer Selbstbestimmung, damit die Hilfen zielgenauer und effizienter wirken können. Das Recht, sich den Anbieter der Hilfsmittel auswählen zu können, war kein abstraktes, formales Recht. Es war eine der wenigen Möglichkeiten der Qualitätskontrolle, die wir Versicherten, die ständig auf Hilfsmittel angewiesen sind, hatten. Der Hilfsmittelmarkt ist ganz und gar in privater Hand. Es gibt eine unüberschaubare Anzahl an Anbietern, die alle an unserer Abhängigkeit von Hilfsmitteln verdienen wollen. Hersteller, Handel und Kostenträger sind für den Nutzer und die Nutzerinnen völlig undurchschaubar durch Verträge, Absprachen, Rabatte und andere Sonderbedingungen miteinander verbunden. Die Abrechnung und die sonstige finanzielle Abwicklung liegt für den einzelnen Versicherten im absoluten Dunkel. Es vergeht kaum ein Monat, in dem nicht neue Abkommen oder Tricks der Kassen die Verwirrung vergrößern: Festbeträge, Fallpauschalen, Wiederverwendung usw. usf. Es gibt eine Vielfalt an Kostenträgern, die für die Bereitstellung und Finanzierung von Hilfsmitteln zuständig sein können. Neben den Kranken- und Pflegekassen sind das das Integrationsamt, die Rentenversicherung, das Sozialamt, die Bundesagentur für Arbeit, das Versorgungsamt oder die Unfallversicherung. Jeder Kostenträger hat seine eigene gesetzlichen Grundlagen. Dieser Wirrwarr bei der Hilfsmittelversorgung wird verstärkt durch den Medizinischen Dienst der Kassen mit seinen willkürlichen, nicht selten gesetzeswidrigen Entscheidungen und durch den übergesetzlichen Gemeinsamen Bundesausschuss.

Und bei den Hilfsmitteln, um die es hier geht, handelt es sich nicht um Peanuts, sondern oft um sehr teure Geräte, die lange halten müssen. Der Rollstuhl hier, in dem ich sitze, kostet zum Beispiel mehr als zwei Kleinwagen und er muss mindestens 10 Jahre halten.

Bei all dieser Undurchschaubarkeit war es zumindest eine kleine Hilfe, dass wir selbst das Sanitätshaus auswählen konnten. Mit Glück und nach wiederholtem Wechsel des Sanitätshauses fanden wir dann vielleicht eines, das gut und umfassend berät. Vielleicht auch eines, in dem selbst Betroffene angestellt sind. Das flexibel und unbürokratisch hilft. Vielleicht sogar am Wochenende. Denn Rollstühle gehen immer am Freitagabend oder am Wochenende kaputt. Vielleicht fanden wir auch eines, das uns als Stammkunden schätzt und zuvorkommend behandelt.

Aber damit soll jetzt Schluss sein.

Die Barmer schickte mir jetzt einen Brief, in dem ich darüber informiert wurde, dass ich meine „aufsaugenden Inkontinenzhilfen“ zukünftig nur noch von einem bestimmten Sanitätshaus beziehen darf.

In einigen Wochen kommt dann wahrscheinlich ein Brief mit der Anordnung, die „ableitenden Inkontinenzhilfen“ in dem und dem Sanitätshaus zu bestellen. Ich benötige regelmäßig drei verschiedene „ableitende Inkontinenzhilfen“. Wenn ich Pech habe und die Ausschreibungen und Vertragsverhandlungen es so ergeben,

muss ich im nächsten Jahr drei oder vier verschiedene Sanitätshäuser oder Apotheken beauftragen, nur um meine Urinbeutel zu bekommen.

Für meine vielen anderen Hilfsmittel gibt es dann wieder andere Ausschreibungsgewinner und Vertragspartner.

Die verantwortlichen Gesundheitspolitiker haben aber scheinbar Erfolg: Die anteiligen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der medizinischen Hilfsmittel sinken weiter. So machen diese 2006 nur noch 3,2 Prozent der Gesamtausgaben aus. Vorläufige Ergebnisse des ersten Vierteljahres 2007 zeigen einen weiteren Rückgang der Leistungen. Im Vergleich zum ersten Quartal 2006 sank der Anteil der Hilfsmittelleistungen an den Gesamtausgaben der Krankenkassen im ersten Quartal 2007 um rund 2 Prozent. (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. Zahlen aus 2006 und 2007 nur vorläufig)

Aber dieser Erfolg trügt und ist nur von kurzer Dauer. Die Zahlen spiegeln den Rückgang der Versorgungsleistung in Deutschland nüchtern wider. Für die betroffenen Menschen sind damit sinkende Beratungsleistung verbunden und letztlich eine Verschlechterung der Versorgungs- und Lebensqualität. Das einzige was zählt, sind lediglich die Anschaffungskosten der Hilfsmittel, wie beispielsweise des Rollstuhls, der Bandage oder eines Beatmungsgerätes. Beratung und Anpassung beim Kauf sind aber entscheidend für den Therapieerfolg. Durch die Hintertür kommen dann wieder steigende Kosten durch Schäden durch nicht bedarfsgerechte, falsche oder reparaturanfällige Hilfsmittel.

Und wenn die Zentralisation einen gewissen Grad erreicht hat, dann kommt ganz schnell der Zeitpunkt wo die großen Hersteller und Hilfsmittelhändler die Bedingungen diktieren und der gesamte Hilfsmittelmarkt ins Visier von Finanzspekulantengerät. Dann sind nicht nur die Versicherten die Verlierer, sondern auch die gesetzlichen Krankenkassen.