

---

# servoxnewsletter

---



## Aktuelles aus dem Gesundheitswesen

Wir informieren Sie über  
wichtige Ereignisse

*Ausgabe Januar 2008-01*

## Rückblick

**Mit diesem neuen Newsletter der SERVOX GmbH möchten wir Sie als Betroffene und Interessierte ab 2008 über aktuelle Entwicklungen im Markt und Gesundheitswesen zeitnah informieren.**

Unser erster Newsletter beschäftigt sich mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und seinen Folgen bzw. daraus resultierenden Problemen und Konsequenzen.

Das bisherige System im Hilfsmittelmarkt war im wesentlichen durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:

- Zulassung von Hilfsmittelversorgern und damit Sicherheit der Marktteilnahme
- 2500 Betriebe arbeiteten mit zuletzt über 250 Krankenkassen zusammen
- wirtschaftliche Versorgung durch Vertragswettbewerb, Festbeträge und Orientierungsausschreibungen
- dadurch bedingt: konstante Ausgabenentwicklung im Hilfsmittelbereich bei steigenden Fallzahlen und sinkenden Preisen
- Leistungsfähigkeit und hohe Produktivität der Betriebe
- Große Vielfalt marktorientierter Produkte
- Patientenorientierung
- Kundenzufriedenheit durch hohe Qualität der Versorgung

Die Krankenkassen suchen auch im Bereich der Hilfsmittel verständlicherweise verstärkt nach Einsparpotentialen, da ca. 4,5 Milliarden Euro auf die Hilfsmittelversorgung entfallen.

In der politischen Diskussion um die Modernisierung unseres Gesundheitswesens nimmt der Begriff des Wettbewerbs eine immer wichtigere Rolle ein. Angesichts der Herausforderungen vor denen wir stehen – dem demographischen Wandel, dem medizinischen Fortschritt, der Zunahme von chronisch Kranken – brauchen wir im Gesundheitswesen einen fairen Wettbewerb, der klaren Spielregeln folgt.

## Was wurde geändert?

- Wegfall der Zulassung ( § 126 SGB V )
- Einführung der Ausschreibungen

Die Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung sollen einen verstärkten Vertrags- und Preiswettbewerb bei gleichzeitigem Erhalt der Versorgungsqualität fördern. Nach einer Übergangsfrist wird die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Kassen erfolgen. Den Krankenkassen wurden erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Die Versorgung von Hilfsmitteln soll in Zukunft weitestgehend über Ausschreibungen oder Rahmenverträge erfolgen.

Der Wegfall der Zulassung der Hilfsmittel-Leistungserbringer im Jahr 2009 wird ein großer Einschnitt sein.

## Was hat das für eine Auswirkung auf den Patienten?

Bisher war die Versorgung des Patienten durch Wohnortnähe, die freie Wahl des Hilfsmittel-Leistungserbringers und hohe Kundenzufriedenheit gekennzeichnet. Dies wird sich in Zukunft ändern können:

Die Wahlfreiheit des Patienten für bestimmte Hilfsmittel-Leistungserbringer wird vermutlich eingeschränkt werden.

Zukünftig können die Krankenkassen dem Patienten einen Hilfsmittel-Leistungserbringer zuweisen.

Es wird sich in Zukunft zeigen, ob der Ausschreibungsgewinner oder Vertragspartner ein starkes Interesse an einer guten Versorgung des Patienten hat,

Merkt die Krankenkasse, dass ihre Versicherten nicht ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich versorgt werden, ist eine kurzfristige Änderung der Versorgungsleistungen schwierig. Andere Hilfsmittel-Leistungserbringer können hier wegen fehlender vertraglicher Grundlagen wahrscheinlich erst einmal nicht einspringen.

Die Politik möge zwar behaupten, dass sinkende Preise nicht zwangsläufig auch sinkende Qualität bedeuten – aber ob eine Leistung, die sich nur am Preis orientiert, wirklich ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein kann, bleibt abzuwarten.

## Derzeitiger Status

Ziel z. B. verschiedener AOK-Kassen ist es derzeit, einen einheitlichen Versorgungsvertrag für Tracheo-stoma/Laryngektomie Versorgung zu etablieren. Dieser soll lediglich in die Unterpauschalgruppen Tracheotomierte Patienten, Laryngektomierte Patienten und Tracheotomierte beatmete Patienten unterteilt sein. In der Realität ist diese Einteilung aufgrund der unterschiedlichen Patientenprofile jedoch sehr schwierig.

Ergebnisse einer Umfrage des BVMed, an der sich 132 Homecare-Unternehmen und Sanitätshäuser, aber auch Hersteller und Krankenkassen beteiligt haben, zeigten, dass mehr als die Hälfte der Unternehmen von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage ausgehen, 65% erwarten, dass etablierte Marktteilnehmer verschwinden. 90% meinen, dass sich durch Ausschreibungen die Versorgungsqualität verschlechtern wird.

Ob letztendlich alle Versorgungsbereiche durch Ausschreibungen vergeben werden müssen, wird gerichtlich geklärt werden müssen, ein entsprechendes Verfahren ist gegenwärtig beim EuGH anhängig.

Laut Aussage von Carla Grienberger, Hilfsmittelexpertin des IKK-Bundesverbandes anlässlich der MedIn-Form-Konferenz zur Hilfsmittelversorgung vom 06.09.2007 (siehe unter: [www.bvmed.de/presse/presse-archiv\\_2007](http://www.bvmed.de/presse/presse-archiv_2007)) soll der Markt nicht zerschlagen werden, sondern eine vernünftige Vergütung für eine gute Versorgungsqualität erreicht werden. Dazu gehöre, dass eine vernünftige Aufteilung der Ausschreibung in Lose erfolgt. Ausschreibungen sind ihrer Meinung nach nur ein anderes Instrument der Vertragsanbahnung. Unerwünschte Nebenwirkungen wie die Gefahr der Oligopolbildung müssen im Auge behalten werden, eine Vielfalt der Leistungserbringer soll erhalten bleiben. Das Problem der Qualitätsminderung soll durch verstärkte Kontrollen im Auge behalten werden. In Ausschreibungen festgeschriebene Qualitätsstandards sollen eingehalten werden.

## Verschiedenes

Die nach eigenen Angaben größte europäische Versandapotheke DocMorris meldete das Überspringen der 1-Million-Kunden-Marke und dass mittlerweile 100 Apotheken vor Ort der Marke DocMorris beigetreten sind. (MTD-Instant 50. Woche 2007)

- Ausschreibung Aok Brandenburg – enterale Ernährung/nächster Verhandlungstermin vor dem OLG Brandenburg am 8.1.2008  
Die Vergabekammer Brandenburg hatte festgestellt, dass die AOK kein öffentlicher Auftraggeber sei und deshalb das Vergaberecht nicht zum Zuge komme. Juristen in Berlin ließen durchblicken, dass es am 8. Januar zu keiner Sachentscheidung kommt, das Verfahren wahrscheinlich bis zur endgültigen Entscheidung durch den EuGH ausgesetzt werde.
- BVA bekräftigt: Kassen sind ÖAG  
Das Bundesversicherungsamt hat die Auftraggebereigenschaft der Kassen bejaht.
- Ausschreibungen: KKH Feuer und Flamme  
Die KKH wird alle Verträge künftig auf die Durchführbarkeit des Ausschreibungsverfahrens gem. § 127 (1) SGB V prüfen und diese Möglichkeit vorrangig nutzen.

## **Über 100 BKKn gründen gemeinsame Service-GmbH**

Insgesamt 137 BKKn und 8 BKK Landesverbände haben eine gemeinsame Service-Gesellschaft gegründet. Unter dem Namen „Spectrum K“ soll sich die neu gegründete GmbH bereits ab 1.1.2008 als Dienstleister für seine Kassen und deren Versicherte positionieren. Zu den neuen Aufgaben der Gesellschaft gehören u.a. die Verhandlungen u. Abschluss überregionaler medizinischer Versorgungsverträge, zentraler Einkauf von Hilfsmitteln, Verhandlung u. Abschluss von Rabattverträgen z.B. für Arzneimittel Datenmanagement, Versicherungsmanagement etc.

## **Kassenfusionen zum Jahreswechsel 2007/2008**

Erstmals in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können zum 1.1.2008 auch Kassen unterschiedlicher Kassenarten fusionieren. Die bisherige Regelung, wonach ausschließlich Kassen einer Kassenart miteinander fusionieren durften, wurde mit der jüngsten Gesundheitsreform zum 1.4.2007 gestrichen.

## **Fusionen zum 1.1.2008**

Knappschaft & See-Krankenkasse fusionieren

Die Knappschaft in Bochum und die See-Krankenkasse in Hamburg schließen sich zum 1. Januar 2008 bundesweit zu einer Krankenkasse zusammen. Damit entsteht eine Krankenkasse mit rd. 1,6 Mio. Versicherten, die für alle gesetzlich Krankenversicherten wählbar ist.

## AUSBLICK

### **Gesundheitsreform: Was wann kommt – die wichtigsten Eckpunkte der Gesundheitsreform:**

#### **1. Januar 2008**

- neuer EBM ( einheitlicher Bewertungsmaßstab ) tritt in Kraft
- Pflicht zu therapietreuem Verhalten für chronisch Kranke

#### **1. Juli 2008**

- Der Spitzenverband Bund ersetzt die Krankenkassen-Spitzenverbände in ihrer bisherigen Form, trifft Grundsatzentscheidungen zum Datentransfer, zum Beitrags- und Meldeverfahren sowie zum Kassenswettbewerb
- Spitzenverband Bund gründet Medizinischen Dienst auf Bundesebene als Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses: bis 31. Juli 2008 Wahl des hauptamtlichen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Bis 30. September 2008 Bildung des Beschlussgremiums und der sektorübergreifenden Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Festlegung des neuen Verfahrens zur Berechnung der RSA-Risikozuschläge vom BVA nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen

#### **Bis 15. August 2008**

- jährliche Meldung der versichertenbezogenen Stammdaten aus dem Vorjahr an das BVA

#### **Bis 31. August 2008**

- Bewertungsausschuss: Beschluss der Voraussetzungen zur Schaffung der regionalen Euro-Gebührenordnung

#### **Bis 1. November 2008**

- Bundesregierung setzt den einheitlichen Beitragssatz der Krankenkassen per Rechtsverordnung fest, er gilt ab 1. Januar 2009

#### **Bis 31. Dezember 2008**

- Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung endet
- Moratorium für Öffnung neuer BKKs und IKKs endet

## Bitte an den Leser

Wir werden Sie mit unserem Newsletter über aktuelle gesundheitspolitische Ereignisse auf dem laufenden halten, möchten Sie aber auch bitten uns mitzuteilen, an welchen Themen Sie besonders interessiert sind. Wir werden dann versuchen, diese Themen mit in unseren Newsletter in Zukunft einzubinden.

Vielen Dank.

Ihr SERVOX Newsletter-Team

## Impressum

Herausgeber:	SERVOX GmbH Marketingabteilung Biberweg 24-26 53842 Troisdorf
Redaktion:	Marketing, Telefon: Ø 294 e-mail: vschoepe@servox.de
Texte:	Ingrid Bartmann, Dr. Marc Böhme Thomas Wilczek
Layout:	Verena Schoepe
Fotonachweis:	Eigentümer der Fotos ist die SERVOX GmbH

Für weitere Artikel in den nächsten Ausgaben bitte mit Frau Schoepe in Verbindung setzen. Wir freuen uns über eine rege Teilnahme und Themen-Vorschläge.