

rehaVital zur Zukunft der Hilfsmittelversorgung

Einfach, schlank und fair muss sie sein!

In unruhigem Fahrwasser schwimmt aktuell die Hilfsmittelbranche. Positionspapiere von Spitzenverbänden von Kassenseite liegen auf dem Tisch und auch auf Leistungserbringerseite gibt es konkrete Vorstellungen, wohin die Reise gehen soll. Stich- und Reizworte wie „Leitverträge“, „Ausschreibungen“ und „Open-House-Verträge“ kreuzen die Klingen. Obendrein fühlt sich die Hilfsmittelbranche durch die jüngst gekippte Präqualifizierungspflicht für Apotheken bei „apothekenüblichen Hilfsmitteln“ brüskiert. Auch bundesweit aufgestellte Verbundgruppen wie die rehaVital beziehen versorgungspolitisch Stellung. Gegenüber der MTD-Redaktion spricht der rehaVital-Aufsichtsratsvorsitzende Detlef Möller Klartext. Die jüngsten Vorschläge von Kassenseite wertet er als Frontalangriff auf die Hilfsmittelleistungserbringer und hilflos wirkenden Rückgriff auf bereits hinlänglich gescheiterte Vertragsmodelle. Zur aus seiner Sicht einzig erfolgversprechenden Zukunft der Hilfsmittelversorgung hat er klare Vorstellungen: „Einfach, schlank und fair muss sie sein!“

Herr Möller, unser Gespräch findet unter denkbar unruhigen branchenpolitischen Vorzeichen statt. Vor kurzem haben sowohl der AOK-Bundesverband als auch der GKV-Spitzenverband ihre Positionspapiere mit Blick auf eine allfällige Hilfsmittelreform präsentiert. Und die haben es in sich. Was war ihr erster Gedanke bei der Lektüre der beiden Positionspapiere?

Mein erster Gedanke war ein Zitat von Heinrich Heine: „Ich weiß, sie tranken heimlich Wein und predigten öffentlich Wasser“. Die Krankenkassen wollen „den Wettbewerb stärken“? Die tatsächlichen Forderungen zeigen aber, dass es allein darum geht, ihre ohnehin ungleiche starke Position gegenüber den Leistungserbringern auszubauen. Dies zeigt auch die regelrecht verstörende Forderung nach weniger Transparenz auf Seiten der Kassen durch Verheimlichen der Vertragspartner.

Digitalisierung, Entbürokratisierung? Was die Krankenkassen von uns derzeit an Papier verlangen, vernichtet täglich ganze Wälder – wenn wir zwar die Genehmigung digital beantragen können, aber von den Kassen gezwungen werden, zur Abrechnung alle Unterlagen noch einmal

– und das gleich mehrfach in Papierform – einreichen zu müssen, klingt die Forderung wenig glaubwürdig. Und völlig ohne Not halten einige Krankenkassen an schriftlichen Beitrittserklärungen fest.

Gehen wir ins Detail. Was wohl viele in der Branche zutiefst beunruhigt: Beide Spitzenverbände fordern die Rückkehr zu Ausschreibungen. Wie nimmt die rehaVital als ausgewiesener Ausschreibungsgegner diesen Ball auf?

Relativ gelassen eigentlich – denn außer den Krankenkassen scheint jeder verstanden zu haben, allen voran der Gesetzgeber, der die Ausschreibungen ja 2019 aus guten Gründen abgeschafft hat, dass dieses Instrument in den Händen der Krankenkassen der Versorgungsqualität nur schadet.

Ganz aktuell sehen wir es im Bereich der Arzneimittelversorgung. Insgesamt listet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für 2023 fast 500 Erstmeldungen von Medikamenten-Lieferengpässen auf. Für Kinderarzneien werden jetzt die Ausschreibungen der Rabattverträge mit der pharmazeutischen Industrie abgeschafft. Auch hier hat der Gesetzgeber erkannt, dass Entscheidun-



Detlef Möller, Aufsichtsratsvorsitzender der rehaVital-Verbundgruppe.

gen in der vorletzten Dekade zu aktuellen Fehlentwicklungen führen, und entsprechend gehandelt.

Weder gesetzgeberische Änderungen noch die mehrfachen Ermahnungen des BAS (Bundesamt für Soziale Sicherung) konnten damals die Kassen dazu bringen, die Qualität der Hilfsmittelversorgung hinreichend sicherzustellen. Es ist völlig außerhalb jeglicher Vernunft, anzunehmen, dass hier aus Saulus aus heiterem Himmel ein Paulus wird – zumal der Kostendruck auf die Kassen in den vergangenen Jahren ja sogar zugenommen hat. ➤

rehaVital

- Sitz: Überseering 10 A, 22297 Hamburg
- Geschäftsführung: Jens Sellhorn
- Aufsichtsrat: Detlef Möller (Vorsitzender), Peter Kraft, Matthias Kranz, Ralf Lettermann, Heike Peter, Alexander Pohl, Rahel Weidlich, Stefan Wurster, Stephan Thoma, Jörg Reisgies (Vorsitzender der Gesellschafterversammlung)
- Über 130 Mitgliedsbetriebe
- Gruppenumsatz 2022: 444 Mio. Euro
- Mitgliedschaft in anderen Gruppierungen, Verbänden: BVMed (Bundesverband Medizintechnologie), BIM (Bundesverband Internetmedizin e.V.), WvD (Wir versorgen Deutschland)

Was denken Sie, treibt Teile der Kassenseite an, jetzt wieder dieses Vertragsinstrument aus der Schublade zu holen?

Außer völliger Ideenlosigkeit? Natürlich der unübersehbare, schon erwähnte Kostendruck, der ohne jeden Zweifel stark auf den Kassen lastet – und für den wir auch Verständnis haben, denn auch wir haben mit gestiegenen Preisen und Kosten zu kämpfen. Aber trotzdem macht es auch angesichts dieses Kostendrucks keinen Sinn, das tote Pferd der Ausschreibungen erneut besteigen zu wollen.

Der GKV-Spitzenverband fordert sogar die Wiederauflage von Open-House-Modellen ...

Wir werden jede Möglichkeit und Gelegenheit nutzen, um die völlige Ungeeignetheit dieser Vertragsmodelle für die Hilfsmittelversorgung zu betonen. Open-House-Modelle wie Ausschreibungen bedrohen die gesundheitliche Versorgung der Versicherten.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Bestimmung der Festbeträge hat gezeigt, wie der GKV-Spitzenverband Preisfindung betreibt: nach dem eigenen Empfinden frei von Kalkulation oder Marktrealität. Und genauso werden – und wurden in der Vergangenheit – auch die Open-House Verträge gestaltet. Einem solchen Konzept kann man sich nur entgegenstellen.

Welchen versorgungspolitischen Flurschaden befürchten Sie, wenn Kassen das Ausschreibungs- und Open-House-Instrument tatsächlich erneut einsetzen können?

Flurschaden ist genau das richtige Wort. Folgt die Politik den Vorstellungen der Kassenverbände, so dürfte sich sowohl die flächendeckende als auch die wohnortnahe Versorgung der Versicherten bald erledigen, von der Qualität wollen wir gar nicht reden.

Ein solches letztlich reines Preisdiktat der Kassen zwingt die Leistungserbringer entweder in den Ruin oder zum Verstoß gegen die Leistungsvereinbarungen. In den Ruin, weil sie durch unangemessenen Preisdruck zur Querfinanzierung gezwungen werden; und, wenn sie sich dies auch nicht mehr leisten können und an der Versorgung selbst sparen müssen, zum Verstoß gegen die vertraglich vorgegebenen Leistungsvereinbarungen.

Dies war bereits vor der letzten Gesetzesnovellierung bei einigen Vertragspartnern solcher Modelle, aber auch bei einigen Ausschreibungs-„Gewinnern“ zu beobachten.

Der AOK-Bundesverband wiederum erteilt den vor allem von WvD (Wir versorgen Deutschland) propagierten Leitverträgen eine Absage. Welche Schlüsse zieht rehaVital – zugleich WvD-Mitglied – aus dieser „Ansage“?

Die wesentlichen Aspekte der Rechtsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern sind ohnehin gesetzlich geregelt und für alle Beteiligten sowohl auf Seiten der Kassen als auch der Leistungserbringer stets gleich – warum also das Rad immer wieder neu erfinden? Warum nicht diese immer gleichen Voraussetzungen einmal in einen verbindlichen, äquivalenten Rahmen bringen?

Die Antrags-, Genehmigungs- und Abrechnungsprozesse sind – produktübergreifend – überwiegend identisch und können dann auch einheitlich ausgestaltet werden. Gleiches gilt für die einzelnen Versorgungsbereiche – auch hier gibt es zum Beispiel bezüglich der Qualität der jeweiligen Hilfsmittel bei zusätzlich zur Bereitstellung eines Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen, zu Fortbildungspflichten und zur inhaltlichen Ausgestaltung und Verwendung von Dokumentationsbögen, Raum für Vereinheitlichung.

Unzählige Arbeitsstunden können gespart werden und das ist offensichtlich: Die DAK versorgt derzeit mit nach eigenen Angaben über 10.000 Beschäftigten 5.549.676 Versicherte, die TK 11.144.510 Versicherte mit nur rund 4.000 Beschäftigten mehr – da zeichnet sich ein deutliches Muster ab. Wirtschaftlichkeit, das Mantra der Kassen, wird immer nur von den anderen gefordert – wie lässt es sich sonst erklären, dass die BKK Euregio, die meiner Kenntnis nach kaum oder sogar gar nicht Verträge selbst verhandelt, 2021 Netto-Verwaltungskosten von 79,76 Euro je Versicherten hatte, die DAK aber 192,89 Euro. Mit dem Leistungskatalog der Kassen erklärt sich dies jedenfalls nicht.

Gleichzeitig haben Sie jüngst in unserem Brancheninformationsdienst MTD-Instant eine klare, eigenständige Interpretation zur Ausgestaltung solcher Leitverträge präsentiert. Welche Punkte sind hier der rehaVital besonders wichtig?

Sie deuten hier einen Konflikt an, der in Wirklichkeit nicht besteht. Ich sehe hier keine „eigenständige Interpretation“, sondern vielmehr eine Konkretisierung dieses gemeinsamen Konzepts. Die reha-

Vital beschäftigt sich schon länger mit diesem Thema und so haben wir dieses weiter ausgearbeitet als der eine oder andere. Auch bei vielleicht unterschiedlicher Terminologie wollen wir alle im Ergebnis das gleiche.

Uns ist besonders wichtig, dass die Vertragsentstehung – und auch die sich daran anschließenden Prozesse – so schlank und einfach wie möglich gestaltet werden, denn dies ist für alle Beteiligten ein Vorteil: Die Kassen sparen Kosten, wir sparen Personal, das wir sinnvoll für die tatsächliche Versorgung einsetzen können. Und beides kommt den Versicherten finanziell aber auch qualitativ zu Gute.

Welche Schlüsse zieht die rehaVital fürs erste aus den jüngsten Positionspapieren von Kassenseite?

Das, was ich vorhin ein wenig ketzerisch „Ideenlosigkeit“ genannt habe, zieht sich durch beide Positionspapiere. Ein Beispiel hierfür ist für mich die Fixierung der Kassen auf das Thema der sogenannten Mehrkosten. Ein Thema, mit dem sich die Kassen, wie das von uns eingeholte Rechtsgutachten* ohne Zweifel aufgedeckt hat, sich überhaupt nicht zu befassen haben. Und das aus einfachem Grund: Die eigenen Aufwendungen des Einzelnen für sein persönliches Wohlbefinden haben keine Auswirkung auf die Solidargemeinschaft.

Kommen wir zum branchenpolitischen Auftritt von rehaVital. Weshalb ist man Mitglied in WvD? Was verspricht man sich davon?

Wir haben WvD mitbegründet, um auf die Bedeutung der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung aufmerksam zu machen. Für große Teile der Bevölkerung wird nicht sichtbar, welchen wichtigen Beitrag wir für die Versorgung im Rahmen der alternden Gesellschaft leisten.

Der Arzt diagnostiziert die Querschnittslähmung, aber unsere Rollstuhlversorgung bietet dem Versicherten die Möglichkeit zur Teilhabe – oder bringt ihn mit einem Exoskelett wieder auf die Beine. Es geht aber auch eine Nummer

kleiner: Scooter und Rollatoren ermöglichen den Senioren ein Maß an Selbstständigkeit, ja Freiheit, das nicht auf andere Weise erreicht werden kann.

Weiterhin so gut wie möglich versorgen können wir aber nur, wenn uns auch in wirtschaftlicher Hinsicht nicht die Luft ausgeht. Die Mitgliedsverbände von WvD und nicht zuletzt deren Mitglieder stehen dabei vor ähnlichen Herausforderungen und politisch können wir gemeinsam unsere Stimme erheben.

Wie und bei welchen Themen wird die rehaVital dessen ungeachtet darauf achten, ihr eigenes Profil in der Debatte um hilfsmittelpolitische Positionen zu schärfen?

Wir wollen die Hilfsmittelversorgung einfach, schlank und fair.

Wir wollen sie einfach: Das heißt, immer Gleiches muss möglichst standardisiert werden. Dies gilt für Verträge wie für Formulare, aber auch für Teile des Versorgungsprozesses, damit der Versicherte schnell an sein Hilfsmittel kommt.

Wir wollen sie schlank: Überflüssiges muss weg – von unnötigen Formularen über völlig nutzlose „Mehrkostenmehrerklärungen“ bis hin zu sinnlosen oder veralteten Anforderungen in puncto Präqualifizierung.

Wir wollen sie fair. Das schließt auch faire Preise mit ein. Wir wollen aber, dass vom Versicherten bis zum Leistungserbringer alle, also auch die Kassen, fair behandelt werden. Und fair bedeutet letztlich auch, dass alle Leistungserbringer die gleichen Zugangsvoraussetzungen zum Markt haben und erfüllen müssen.

Schwarze Schafe müssen und sollen geschoren werden, aber nur diese. Der Generalverdacht der Kassen, jeder Leistungserbringer sei ein Krimineller, der den lieben langen Tag nur versuche, die „armen Kassen“ und die „unmündigen Versicherten“ zu betrügen, hat keinerlei Substanz – das zeigen die Berichte der Kassen selbst.

Kommen wir aufs Tagesgeschäft zu sprechen. Corona, Ukraine-Krieg, damit verbundene Lieferengpässe und

steigenden Kosten: Wie und wo bekommen die Verbundgruppe und deren Mitglieder das zu spüren?

Am deutlichsten wird es beim Fachkräftemangel sichtbar, der durch das Abwerbeverhalten der Kassen bei uns Leistungserbringern noch verstärkt wird. Wir bilden die Fachkräfte aus und die Kassen bieten dann Löhne, bei denen wir nicht mithalten können. Darunter leidet die Versorgung der Versicherten enorm, während auf der anderen Seite die Verwaltung unnötig weiter aufgebläht wird. Darunter leiden dann die Beiträge.

Ein weiterer Punkt sind die hohen Treibstoffkosten. Ein Pflegebett liefert man nicht per Lastenrad, erst recht nicht im ländlichen Raum. Auch die Energiepreise und nicht zuletzt die indexgebundenen Mietpreise sind regelrecht explodiert – das bringt viele Leistungserbringer in massive Schwierigkeiten.

Mit welchen Maßnahmen hat man darauf gruppenintern reagiert – soweit das geht?

Auch wenn wir alle im selben Boot sitzen – paddeln muss jeder selbst. Ich denke zwar, dass die Lösungsansätze einander ähneln, aber mit Ihrer Einschränkung haben Sie völlig recht: gruppenintern geht da nicht viel. Wir sind alle eigenständige Unternehmen, die im Übrigen auch miteinander durchaus im Wettbewerb stehen.

Und inwieweit gelingt es, die negativen Folgen dieser zusätzlichen Kosten für die rehaVital-Betriebe im Rahmen von Gesprächen und Nachverhandlungen mit den Krankenkassen zu mildern?

Zunächst ist „mildern“ die richtige Wortwahl. Einen vollständigen Ausgleich der gestiegenen Kosten konnten wir nicht nachverhandeln. In den öffentlichen Medien wird gerne über die Inflationsrate berichtet. Die Inflationsrate lag im Jahr 2022 durchschnittlich bei 6,9 Prozent. Hierbei handelt es sich aber um den Warenkorb, der im Durchschnitt beim Endverbraucher ankommt.

Für uns ist der Erzeugerpreisindex wesentlich relevanter. Beim Erzeugerpreisindex handelt es sich um die Preis-

steigerungen der Herstellung der gewerblichen Produkte, also auch die der Hersteller der Hilfsmittel. Diese Erzeugerpreise sind im Jahresdurchschnitt 2022 um 32,9 Prozent gestiegen, im Jahr 2021 bereits um 10,5 Prozent. Auch wenn die Erzeugerpreise jetzt stagnieren, wird die Steigerung der Jahre 2021 und 2022 als Basiseffekt weiter bestehen bleiben und sich zu einem Großteil in unseren Einkaufspreisen widerspiegeln.

Nehmen wir das Beispiel des Pflegebetts und zwar ganz bewusst des Pflegebetts, das sowohl 2021 als auch 2023 den niedrigsten Einkaufspreis hatte. Dieses Pflegebett verzeichnete von 2021 zu 2023 eine Preissteigerung im Einkauf in Höhe von 27 Prozent. Selbstverständlich gibt es auch Hersteller, die geringere Preissteigerungen im Einkauf haben. Da diese Produkte aber schon vor 2021 höhere Einkaufspreise hatten, sind sie nun immer noch teurer als das dargestellte günstigste Bett.

Die beschriebenen Einkaufspreissteigerungen in Höhe von 27 Prozent treffen uns somit vollständig zuzüglich der Inflation unserer eigenen Kosten. Die nachverhandelten Vertragspreissteigerungen konnten diesen Effekt nur mildern, aber nicht ausgleichen.

Einen großen Stellenwert hat bei der rehaVital das Thema „Digitalisierung“ – vor allem auch mit Blick auf das Klinik-Entlass-Management und die anstehende Anbindung der Hilfsmittelleistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur. Wo liegt hier aktuell der Schwerpunkt der Aktivitäten?

Seit 2021 haben wir verschiedene Plattformen des Klinik-Entlass-Managements, z. B. die Recare-Plattform, an unser Vertragsdaten-Management-System (VDMS) angebunden. Da ein Teil der Kliniken die Anforderungen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) noch nicht in Gänze umgesetzt hat, kommen über diese Plattformen zurzeit noch nicht sehr viele Anfragen.

Man sieht aber zum Beispiel am Vertrag von Recare mit den Sana Kliniken, dass die Dynamik sprunghaft zunimmt. Unser cloudbasiertes VDMS-System wurde komplett von uns selbst entwi-

ckelt und programmiert. Bisher sind im VDMS die rehaVital Kassenverträge abgebildet. Wir entwickeln das System aber laufend weiter und im nächsten Schritt können unsere Mitglieder auch eigene Verträge selbst einpflegen, um dann nur noch mit einem System zu arbeiten.

Das Thema der Anbindung der Hilfsmittelleistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur begleitet die rehaVital seit mehreren Jahren und wir stehen mit sämtlichen namhaften ERP-Softwareanbietern in engem Kontakt.

Aufgrund unserer Aufstellung und Fokussierung auf digitale Themen können wir neue digitale Geschäftsmodelle wie z. B. anni.care sofort zum Vorteil unserer stationären Fachhändler nutzen. Konkret ist unser VDMS-System mit der Plattform von anni.care verbunden, Daten werden in Echtzeit ausgetauscht.

Durch die Integration in verschiedene ERP-Systeme erfreut sich beispielsweise die von CSE entwickelte App careMed.one einer deutlich wachsenden Akzeptanz, vor allem bei den Beschäftigten in unseren Betrieben. Es ist doch ein tolles Feedback, wenn eine Wundschwester begeistert darüber berichtet, dass sie täglich über eine Stunde Zeit einspart, da sie sofort beim Patientenbesuch alle Dokumente bearbeiten und diese in Echtzeit an die Pflegeeinrichtung und Ärzte weiterleiten kann. Im Moment wird die careMed.one App schrittweise für alle Versorgungsbereiche ausgerollt.

Und wie ist der Status quo dazu hinsichtlich Kooperationen und strategischen Partnerschaften?

Unsere strategischen Partnerschaften wie zum Beispiel mit opta data/DZH werden schrittweise ausgebaut. Im Übrigen sind wir als rehaVital und CSE Mitglied im Bundesverband Internetmedizin (BiM). Wir bringen uns hier aktiv mit ein, damit wir als Sanitätshausbranche bei allen aktuellen und zukünftigen Diskussionen eingebunden werden.

Welche Aspekte und Zielsetzungen stehen bei der rehaVital derzeit auf der Agenda ganz oben?

Das Thema „Fairness“ steht auch noch unter ganz anderen Vorzeichen oben auf unserer Agenda: Klinikbeteiligungen an Sanitätshäusern. Viele Krankenhausbetreiber verfügen über Mehrheitsbeteiligungen an Sanitätshäusern. So haben die Sana-Kliniken nach eigenen Angaben mittlerweile schon über 50 Stützpunkte und gehören damit zu den größten Hilfsmittelversorgern der gesamten Branche; gleichzeitig sind sie bei Dienstleistern im Bereich des Klinik-Entlass-Managements teilweise deren alleinige Eigentümer.

Dies gefährdet nicht nur den Wettbewerb unter den Leistungserbringern und bietet erheblich Raum für Missbrauch zu Lasten der Solidargemeinschaft, sondern hebt auch das Patientenwahlrecht der Versicherten vollständig aus. Hier haben wir kürzlich ein Rechtsgutachten* eingeholt, das dringenden weiteren Regelungsbedarf in diesem Bereich durch den Gesetzgeber offenlegt.

Gretchenfrage zum Schluss: Rechnen Sie konkret mit gesetzlichen Änderungen im Rahmen einer allfälligen Hilfsmittelreform? Wenn ja, wo wünschen Sie sich diese?

In diesen Zeiten muss man mit allem rechnen. Aber wenn ich mir etwas wünschen könnte, dann wären es sachgerechte Präqualifizierungsbedingungen, gerecht verhandelte Leitverträge und Versorgungsprozesse, die allein auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Versicherten ausgerichtet sind.

Oder anders gesagt: die Zukunft der Hilfsmittelversorgung wünsche ich mir einfach, schlank und fair.

Herr Möller, vielen Dank für das Gespräch.

wds

* Das erwähnte Rechtsgutachten „Rechtliche Grenzen von Kooperationen auf dem Gebiet der Hilfsmittelversorgung“ von Prof. Dr. Helge Sodan kann bei Interesse unter folgendem Kurz-Link heruntergeladen werden: <https://t1p.de/mehrkosten-gkv>