

Es gilt das gesprochene Wort!!!

**Die Sanitätshaus-/OT-Branche auf einen Blick
Chancen und Herausforderungen**

Frank Jüttner

Präsident des Bundesinnungsverbandes für
Orthopädie-Technik

Berufspolitischer Tag des

BIV/FOT-Jahreskongresses

„Agenda Gesundheit – Sanitätsmarkt im Wandel“

Freitag, den 23. September 2005

**Sehr geehrte Damen und Herren,
verehrte Gäste!**

Das deutsche Gesundheitswesen wird von seinen Kritikern als teuer und ineffizient bezeichnet: "Mercedes zahlen und VW fahren" - kaum ein anderer Slogan ist in den letzten Jahren so häufig für das Verhältnis von Preis und Leistung im deutschen Gesundheitswesen benutzt worden.

Der Beweis für diese Behauptung wurde nie erbracht. In diesen Tagen veröffentlichte das Fritz-Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel eine Studie zu diesem Thema. Darin wurden die Gesundheitssysteme von 14 hoch industrialisierten Ländern einschließlich Deutschland untersucht und die Kosten ihrer Leistungskataloge miteinander verglichen. Das Ergebnis des 479-seitigen Gutachtens ist bemerkenswert: „Deutschland hat im internationalen Vergleich nachweislich ein umfassendes, ein preiswertes und damit ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen. Deutschland habe praktisch keine Barrieren für den Zugang zum Gesundheitswesen. Als Beispiel nannte Prof. Beske die vergleichsweise hohe Hausarzt-, Facharzt- und Zahnarztdichte, sowie eine hohe

Krankenhauskapazität, frei Arzt- und Krankenhauswahl und vergleichsweise geringe Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Dies führe zu einer hohen Patientenzufriedenheit, nicht zuletzt auch darum, weil Wartezeiten auf Leistungen im Gesundheitswesen in Deutschland weltweit am geringsten seien. Dem GKV-Leistungskatalog bescheinigte Prof. Fritz Beske z.B. bei Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln eine im Vergleich überdurchschnittliche Ausstattung in Verbindung mit relativ geringen Zuzahlungen.

Interessant finde ich vor allen zwei Bemerkungen von Prof. Beske: Es gäbe kein perfektes Gesundheitswesen, nicht zuletzt darum, weil Missbrauch nicht ausgeschlossen werden könne. Und abschließend der Wink` an die Politik: Es sei zu hoffen, dass nicht durch Reformen oder durch das, was als Reform bezeichnet werde, unser patientenfreundliches, effizientes Gesundheitswesen Schaden leidet oder ganz zerstört werde.

Dieses Ergebnis hat doch ziemlich überrascht. War doch sonst immer nur von Ineffizienz,

Kostenexplosion, Sparen die Rede. Reden wir uns also nur schlecht? Sind wir besser als wir glauben?

Meine Damen und Herren, letztes Wochenende hat das deutsche Volk gewählt. Nach dem Ergebnis können wir nicht einmal mutmaßen aus welchen Parteien eine zukünftige Regierung aufgestellt sein wird. Unmöglich also eine Aussage über die zukünftige Gesundheitspolitik zu treffen. Doch soviel möchte ich sagen: Mögen sich die in Zukunft für die Gesundheitspolitik verantwortlichen Minister den Wunsch von Prof. Beske zu Herzen nehmen.

Lassen Sie mich nun auf die gegenwärtige Situation Im Hilfsmittelbereich zurückkommen: Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) ist seit 1. Januar 2004 in Kraft. Seit Beginn diesen Jahres erzwingt das

GMG geänderte Spielregeln sowohl für die Hersteller von Orthopädischen Hilfsmitteln als auch für den Sanitätsfachhandel.

Wie schon bei den letzten Gesundheitsreformversuchen, machten sich auch hier in unserer Branche Ängste und eine diffuse Untergangsstimmung breit. Nachdem nun die Auswirkungen für alle Akteure spürbar geworden sind, ist es Zeit für eine Bestandsaufnahme. Waren nun die Ängste und gedanklich gemalten Untergangsszenarien berechtigt oder nur Panik?

Das GMG hielt an dem bisherigen gesetzlichen Eigenanteil fest, gab aber den Krankenkassen größere Möglichkeiten einseitig Preise gegen uns Leistungserbringer durchzusetzen. Seitdem sind die Kassen gefordert neben der Bildung bundesweiter Festbeträge auch Ausschreibungen für ausgewählte Produktgruppen durchzuführen und so ihre Ausgaben zu beeinflussen.

Man spürt die Ohnmacht der Politik mit den schmaleren Ressourcen umzugehen. Es ist eben einfacher gesetzliche Spielräume für die Kassen zu schaffen und diese dann mit dem Problem einerseits allein zulassen, andererseits aber soviel

Macht zugeben, das die Leistungserbringer der Kassenwillkür unterliegen.

Von gleichlangen Schwertern spricht heute niemand mehr. Tagtäglich spüren unsere Betriebe die Willkürakte mehr.

Seit 1. Januar 2005 übernehmen die Krankenkassen die Kosten für bestimmte Hilfsmittel nur noch bis zu einem bestimmten Höchstbetrag. Bis dahin galten diese Festbeträge oder Vertragspreise zwischen Kassen und Leistungserbringern nur auf Landesebene. Dabei existierten zum Teil deutliche regionale Unterschiede.

Bundeseinheitliche Festbeträge wurden für sechs Hilfsmittelgruppen festgelegt. Das trifft unsere Betriebe im Bereich der Produktgruppe 08 – Einlagen -, PG 17 - Kompressionshilfsmittel -, PG 15 – Inkontinenz – und PG 29 – Stomaartikel -. Insgesamt ist auf Seiten der GKV ein nach Schätzung des IKK BV ein Ausgabevolumen von etwas 850 Mio. Euro betroffen.

Dabei liegen die neuen Festbeträge deutlich unter den Vertragspreisen bzw. den auf Landesebene seit 1995 unveränderten Festbeträgen.

Die Innungen und der BIV sind in der politischen Diskussion immer für Festbeträge eingetreten und stehen dazu. Dabei haben wir es als Voraussetzung

angesehen, das Festbeträge immer auch wirtschaftlich für den Leistungserbringer sein müssen. Deshalb haben wir von unserem Recht der Anhörung intensiv Gebrauch gemacht und von vorn herein kritisch sachlich und preislich Stellung bezogen.

Dennoch sind die jetzigen Festbeträge nicht geeignet, ein aufzahlungsfreie Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Der BIV, die Landesinnungen, aber auch alle maßgeblichen sonstigen Organisationen des Faches haben daher den Betrieben empfohlen, wirtschaftliche Aufzahlungen von den Patienten zu erheben. Nach unserer gemeinsamen Ansicht wird die vorgenommene Festbetragsfestsetzung der Spitzenverbände der Krankenkassen tatsächlich zu einem Festzuschuss.

Damit wird nebenbei auch gegen die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes in seiner Entscheidung zur Rechtmäßigkeit der Festbetragssetzung verstoßen.

Darüber hinaus haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in der Festbetragssetzung Regelungen getroffen, die dem Vertragsrecht unterfallen und nicht im Wege der Festbetragssetzung durchgeführt werden können.

Daher haben wir, d.h. der BIV und die fünf Innungen für Orthopädie-Technik aus Nordrhein-Westfalen Klage gegen die Festbetragsfestsetzung vor dem zuständigen Sozialgericht Berlin erhoben. Mittlerweile konnte sich der Bundesinnungsverband mit dem Bundeskartellamt zur Beendigung des zunächst eingeleiteten Verfahrens auf einen gemeinsamen Nenner verständigen.

Der Bundesinnungsverband hatte gegen Ende des letzten Jahres in Abstimmung mit anderen Verbänden (BIV OST), Leistungsgemeinschaften und den Herstellerverbänden gezielte Kalkulationsvorschläge gegenüber den Mitgliedsbetrieben herausgegeben, die aus den Festbetragsstellungen gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeleitet worden sind.

Unser Ziel war es, die Mitgliedsbetriebe durch Kalkulationsvorschläge zu sensibilisieren, andererseits aber auch überzogene wirtschaftliche Aufzahlungen zu verhindern.

Diese Mitteilungen stellten nach Auffassung des Bundeskartellamtes eine unzulässige Preisempfehlung dar. Wir haben die Empfehlung daher – ohne Anerkennung einer Rechtspflicht –

zurückgenommen und aus unseren Veröffentlichungen entfernt.

Jedoch halten wir unseren bisherigen Rechtsstandpunkt aufrecht, wonach unsere Vorgehensweise zulässig war. Dabei besteht zwischen Bundeskartellamt und BIV Einigkeit darüber, dass das individuelle Vorgehen der einzelnen Mitgliedsbetriebe nach wirtschaftlichen Aufzählungen durch unabhängige Kalkulation als solches rechtmäßig ist und vom Bundeskartellamt nicht in Zweifel gezogen wird.

Wer jetzt denkt, dass dies alles zum Thema Festbeträge, wirtschaftliche Aufzählungen und Bundeskartellamt ist, der irrt:

Der IKK Bundesverband hat dem Bundesinnungsverband Entwürfe zur Fortschreibung der Produktgruppe 15 (Inkontinenzhilfen) und zur Fortschreibung der Produktgruppe 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) des Hilfsmittelverzeichnisses zugesandt. Auf dieser Grundlage habe der IKK Bundesverband das Festbetragsgruppensystem für die beiden Hilfsmittelgruppen entwickelt. Dem Bundesinnungsverband wurde Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt, von der wiederum Gebrauch gemacht

wurde. Schon jetzt ist damit klar, das wir mit zwei überarbeiteten erweiterten Festbetragsgruppen zu rechnen haben. Insgesamt müssen wir damit rechnen, das alle bisherigen Festbeträge zum Jahreswechsel einer Überprüfung und preislichen Neubestimmung unterliegen.

Darüber hinaus brachte das Gesetz Änderungen für die Bereiche Vertragsbeziehungen und Preisfestlegungen mit sich. In der Tat birgt das GMG gerade auf dem zuletzt genannten Gebiet mit der Möglichkeit von Ausschreibungen einigen Zündstoff. Dessen Sprengkraft wird letztendlich von den handelnden Akteuren abhängen. Die Ausschreibung ist eingeordnet in das Vertrags- und Vergütungssystem zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern von Hilfsmitteln. Krankenkassen interpretieren die Gesetzeslage so, dass auch nach der Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel der Festbetrag unterschritten werden kann, wenn nach Ausschreibungen oder nach Einzelverträgen mit Leistungserbringern niedrigere Preise vereinbart worden sind. Aktueller Beispielsfall ist das Land Hessen im Bereich Stomaversorgungen.

Dies können wir so nicht dulden. Dies ist rechtssystematisch nach unserer Überzeugung nicht möglich. Jeder Leistungserbringer, der sich nicht in Einzelverträgen verpflichtet hat, Produkte unter dem Festbetrag zu liefern, kann bei der Versorgung der Patienten Leistungen zum Festbetrag abrechnen. Eine Absenkung durch Einzelverträge ist nicht möglich.

Dabei ist es natürlich weiterhin möglich, dass die Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern Vereinbarungen schließen, die eine Versorgung zum Festbetrag oder unter dem Festbetrag ermöglichen. Dieser abgesenkte Preis hat dann aber nur zwischen den Krankenkassen und den einzelnen Leistungserbringern, die einen derartigen Vertrag abgeschlossen haben, Geltung. Wäre dies nicht so, würde hier eine negative Preisspirale in Gang gesetzt werden.

Angesichts dieses brisanten Themas kann ein Blick in die Wirtschaftstheorie nicht schaden. Für die Abgabe von Hilfsmitteln bilden die Krankenkassen und der Sanitätsfachhandel ein Oligopol: Die Krankenkassen ein Nachfrageoligopol aufgrund ihrer Verbandsstruktur und auf der Angebotsseite

die Gruppierungen ein Angebotsoligopol. Mittlerweile sind mehr als drei Viertel der Sanitätshäuser den Leistungsgemeinschaften und Einkaufsgenossenschaften angeschlossen. Es entwickelt sich ein ruinöser Wettbewerb unter diesen Playern: Es werden immer mehr Verträge mit Preisen „unter der Gürtellinie“ abgeschlossen. Die Motive sind uns allen bewusst: Der Vertragsabschluss für ganze Produktgruppen kann einen Prestigegewinn mit sich bringen. Eine Profilierung gegenüber den Mitbewerbern und den Landesvertretungen kann auch Mitgliederzuwächse mit sich bringen. Auch führen die Vertragspreise zu einer effizienteren Rezeptabwicklung.

Aber lohnt es sich wirklich um des kurzfristigen Erfolges willen eine Preislawine loszutreten, die nur schwer aufgehalten werden kann? Sicherlich nicht!!!

Kurzfristig mag die Rechnung preisaggressiver Anbieter aufgehen. Aber die Freude wird nur von kurzer Dauer sein. Längerfristig lässt sich eine solche Strategie nicht durchhalten. Die anderen Konkurrenten werden ihrerseits mit Niedrigangeboten reagieren, um die Abwanderung der Nachfrage zu verhindern. Letztendlich wird zu

dem dann entstehenden Marktpreis weder das Produkt noch die dazugehörige Leistung zu realisieren sein. Solche Dumpingpreise führen sehr schnell dazu, dass die Produkte dann bald bei ALDI oder in Drogeriemarktketten zu finden sind.

Wie sich diese Vertragskonkurrenz am Ende bundesweit auswirken wird, weiß im Detail noch niemand. Aber eines ist sicher: Die Patienten werden auf Dauer nicht dazu bereit sein, in einem „teuren“ Sanitätshaus bei vertragslosem Zustand eine wirtschaftliche Aufzählung zu leisten. Noch hält die Branche zusammen, aber die Frage ist, wie lange noch.

Es wird viel davon abhängen, wie in Zukunft der Grundsatz der Zumutbarkeit für den Patienten interpretiert wird. Zwar besteht für einige Sanitätshaus-Produkte Anpassungs- und Beratungsbedarf, der jedoch meistar nur einmalig anfällt. Auf die Großzügigkeit des Gesetzgebers oder der Krankenkassen können wir jedenfalls lange warten.

Lassen sich die Leistungsgemeinschaften weiter in andauernde Preiskämpfe und Verdrängungswettbewerb verwickeln, würden davon

am Ende nur die Krankenkassen profitieren. Nach dem Motto „Teile und herrsche“ haben die Krankenkassenverbände ein großes Interesse daran, dass ihnen auf der Anbieterseite immer mehrere Partner gegenüberstehen. Sie lassen sich umso leichter gegeneinander ausspielen.

Jetzt schon kann resümiert werden, das GMG hat die Kassen nicht in eine bessere Situation gebracht. Nach wie vor laufen Ihnen die Ausgaben davon.

Nur im Hilfsmittelbereich hat eine Ausgabenreduzierung stattgefunden. Fatal ist nur das diese Reduzierung nur einen kleinen Teil der Kostenexplosion anderer Bereiche deckt.

Kommen wir zurück zu unseren Betrieben.

Wir wissen: Das reine Sanitätshaus (Zul.-gr. II) hat schon immer gekränkelt. Dazu die Festbeträge, die trotz wirtschaftlicher Aufzählung das SH nicht rentabler machen. Ca. 70 % des Umsatzes wird von zwei Hilfsmittelgruppen realisiert (Bandagen und Kompressionshilfsmittel). Fallen die Erlöse durch Einführung von weiteren Festbeträgen (Bandagen) und Fortschreibung bei Kompressionsstrümpfen weiter so kommt das reine Sanitätshaus in erhebliche Schwierigkeiten. Die Orthopädietechnik

kann z.Zt. noch als wirtschaftlich stabil angesehen werden. Aber auch hier sind durch verschiedene Leistungsgemeinschaften, aber auch durch Innungen und deren Verträge bereits negative Veränderungen zu erkennen. Dazu kommt die Verweigerungshaltung der Kassen, Verträge neu zu gestalten oder auch fortzuschreiben, so dass die Preisentwicklung Einkaufsseitig immer mehr zu Lasten des Ertrages der Betriebe geht. Dabei muss auch das Verhalten verschiedener Hersteller oder auch H-gruppen beobachtet werden. Immer mehr wird deutlich das trotz angeblicher Fachhandels-treue andere Vertriebswege ins Auge gefasst werden, die an den Sanitätshäusern vorbeigehen. Die Verweigerungshaltung eines ganzen Herstellerverbandes an der Weltleitmesse 2006 in Leipzig teilzunehmen, ist kaum noch anders zu deuten, da alle fadenscheinigen Begründungen durch uns und die LM ausgeräumt werden konnten. Auch der Rehamittelbereich ist durch unzählige Verträge in einer dauernden Preisspirale nach unten, die kaum Hoffnung lässt. Und immer noch werden diese Verträge von den Abschließenden gefeiert und unkritisch von den angeschlossenen Betrieben als positiv gesehen. Da kommt die Frage auf: Wie lange noch? Wie lange noch werden wir in der Lage

sein eine qualitativ und fachlich hochwertige Arbeit abzuliefern? Tragen wir unsere handwerklichen Fähigkeiten zu Grabe?

Ich glaube es ist Zeit darüber nachzudenken.

Allein betriebswirtschaftliches Augenmerk auf alle betrieblichen Prozesse zu legen wird nicht reichen.

Einkauf wie bisher auch nicht. Ich glaube dafür muss uns mehr einfallen. Deshalb heute der Versuch nach neuen Wegen zu suchen. Es gibt neue Denkansätze und ich hoffe wir können heute von unseren Referenten einige erfahren, mit denen sich ein jeder auseinandersetzen kann, um nach der Lösung für sein eigenes Unternehmen zu suchen.

Sie werden sich in dem Zusammenhang sicher fragen was oder wie Ihnen die Innung dabei helfen kann. Ich glaube, wir sind alle gefragt. Mitglieder, Kommissionen, Vorstände. Wichtig erscheint mir das das Fach wieder zusammenrückt, den Krankenkassen nicht die Spielwiese bietet uns gegeneinander auszuspielen.

Und was kann Ihr BIV tun? Der neue Vorstand stellt sich folgende drei Prämissen:

Wir bündeln Macht!

Lassen Sie mich kurz skizzieren wohin ich den BIV als neuer Präsident führen will:

Wir wollen Macht bündeln!

Verstärkte Zusammenarbeit mit dem BIV der OT-Schuhtechniker ist ein erster, aber wichtiger Schritt.

Es muss uns gelingen mit einer Sprache zu sprechen und alte Hürden zu überwinden. Beide Handwerke können nur gemeinsam gegenüber der Politik und den Kassen bestehen.

Wir halten am „Runden Tisch“ fest, wir wollen ihn weiter stabilisieren und aufgebaute Kontakte zu anderen Verbänden erhalten und ausbauen. Gehen die Landesinnungen und auch die Gruppierungen unterschiedliche Wege, bieten wir zu viel Angriffsfläche und stärken letztendlich die Kassen. Stattdessen wollen wir in den Fragen der Berufspolitik gemeinsam und abgestimmt vorgehen mit einem gemeinsamen Sprachrohr und Lobbying!!! Nur das macht uns stark und verschafft uns Gehör.

Besonderes Augenmerk werden wir auf die Entwicklungen im neuen EUROPA legen.

Entwicklungen und Entscheidungen für den Hilfsmittelsektor stehen an.

Wir müssen die INTERBOR stärken und gemeinsam mit den anderen europäischen Verbänden unserer Kollegen Gesundheitshandwerker die Entwicklungen und Entscheidungen des europäischen Parlamentes

begleiten und im nationalen deutschen Interesse beeinflussen.

Wir entwickeln Strategien !

Die Frage ist: „Sind wir bereit neue Wege zu gehen, statt an Althergebrachtem festzuhalten?“ oder lassen Sie es mich anders formulieren:

„Wir sind nicht in der Lage zu bestimmen woher der Wind weht,
aber wir können unsere Segel danach setzen!“