

Die eigenen Interessen offensiv vertreten

Das vor 10 Jahren beschlossene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat das Kräfteverhältnis leider stark zugunsten der Krankenkassen verschoben. Die Leistungserbringer haben immer noch große Mühe, vernünftige Rahmenbedingungen und Preise für ihre Leistungen zu verhandeln. Auch die Neufassung der PG 08 zeigte einmal mehr, dass die Anliegen der Orthopädiehandwerke zu wenig Gehör finden. Kein Grund aufzugeben, sagen Jens Schulte und Uwe Branscheidt vom Zentralverband Orthopädieschuhtechnik. Dort stehen die kalkulierten Preise weiter auf der Agenda. Und bei der Produktgruppe 08 wird jetzt gegen die Preisfestsetzung geklagt.

VON WOLFGANG BEST

Unser Ziel ist, bei den Verträgen wieder zu kalkulierten Preisen zu kommen", sagt OSM Jens Schulte, Vizepräsident des Zentralverbandes Orthopädieschuhtechnik und im Vorstand für die Vertragsverhandlungen mit den bundesweit agierenden Kassen zuständig.

Dass dies nicht einfach wird, weiß Schulte, der als Obermeister der Landesinnung Hessen auch auf Landesebene verhandelt, aus vielen Verhandlungen mit den Krankenkassen. Grund hierfür sind aus seiner Sicht vor allem die zahlreichen unterschiedlichen Verträge und Preisniveaus in den Bundesländern, die sich schon lange nicht mehr an kalkulierten Preisen orientieren.

Kalkulation gegen prozentuale Erhöhung

„Die Kassen wünschen sich immer eine lineare Erhöhung“, erklärt Schulte. „Das entspricht aber nicht unserer Kostenstruktur und unseren Kostensteigerungen.“ So hätten sich die Materialpreise sehr unterschiedlich entwickelt. „In den letzten Jahren sind die Preise im Materialbereich im Schnitt um etwa sieben Prozent gestiegen. Manches verteuerte sich gar nicht, anderes aber um 30 Prozent. Deshalb wird man mit linearen Erhöhungen den Kostensteigerungen niemals gerecht.“

Im besten Fall habe man bei einer linearen Erhöhung der Kostenerstattung noch die Möglichkeit, die Erhöhung unterschiedlich auf einzelne Positionen aufzuteilen. „Dann gibt es für manche Arbeiten 20 Prozent, für andere vielleicht nur zwei Prozent mehr. Aufgrund unserer Kalkulation, wissen wir, wo es klemmt. Aber die Möglichkeiten sind begrenzt und man kann nicht alles gemäß der Kalkulation auf die einzelnen Positionen aufteilen.“

Jens Schulte: „Wenn man die Preise immer nur linear erhöht, stehen sie irgendwann nicht mehr im Verhältnis zu den Kosten.“
(Fotos: ZVOS/A. Schieber)



Den Effekt eines solchen Vorgehens sehe man an vielen Verträgen. „Wenn man jahrelang immer nur prozentual erhöht und die Preise linear bei den Positionen steigen lässt, bekommt man deutliche Verschiebungen im Preisgefüge. Die Preise stehen dann nicht mehr im Verhältnis zu den Kosten für die erbrachte Leistung“, erläutert der ZVOS-Vizepräsident.

Dabei kann Jens Schulte durchaus nachvollziehen, warum so verfahren wird. Für die Kassen seien damit die Vertragsverhandlungen schneller erledigt. Und auch seinen Kollegen, die in den einzelnen Ländern die Verhandlungen führen, will er keinen Vorwurf machen. „Die Primärkassen sind regional oft sehr stark, mit einem Marktanteil von manchmal 50 oder 70 Prozent. Das ist natürlich eine Marktmacht, gegen die schwer zu bestehen ist. Da kann man nicht immer hart bleiben und einen vertragslosen Zustand riskieren.“

Struktur und Preisniveau der Verträge müssen sich angleichen

Die vielen unterschiedlichen Abschlüsse machen es jedoch schwerer, mit den bundesweit agierenden Kassen Verträge mit guten Rahmenbedingungen und Preisen

abzuschließen. Dass das Vertragsniveau, das man teilweise mit den bundesweiten Kassen umgesetzt habe, nicht mehr zu den Verträgen in den einzelnen Bundesländern passt, bleibe auch den Kassen nicht verborgen. „Die Kassen wissen sehr gut untereinander Bescheid, welche Verträge abgeschlossen wurden“. Und da komme es schon vor, dass eine Kasse einen Landesvertrag auf den Tisch legt und fragt, warum denn das Preisniveau eines einzelnen Bundeslandes, das niedrig abgeschlossen hat, nicht auch auf Bundesebene möglich ist.

Von der aktuellen Situation will sich Schulte jedoch nicht entmutigen lassen. In den letzten Jahren habe man deutliche Verbesserungen erzielt. „Wir arbeiten darauf hin, dass sich die Preise an unserer Kalkulation orientieren und nicht nur linear erhöht werden. Wir wollen niemanden übervorteilen oder möglichst hohe Preise erzielen“, betont er. „Wir streben nur das von uns erarbeitete Kalkulationsniveau an“.

Deshalb lehnt man beim ZVOS auch die aktuelle Entwicklung bei den sogenannten Open-House-Verträgen ab, die mit der Vermeidung einer Ausschreibung begründet werden. „Im Heil- und Hilfsmittel Versorgungsgesetz wurde klarge-

stellt, dass Ausschreibungen bei Hilfsmitteln nicht zweckmäßig sind“, erklärt Schulte. Die Argumentation der Kassen, die derzeit versuchen, dieses Modell am Markt durchzusetzen, kann er deshalb nicht nachvollziehen. „Wir arbeiten im Bereich der individuellen Hilfsmittel. Das muss verhandelt werden.“ Eine sogenannte Markterkundung als Grundlage für die Preisgestaltung reiche nicht aus, um auf Verhandlungen mit den Leistungserbringern verzichten zu können.

PG 08 fehlt die Kompetenz des Handwerks

„Wir machen mit der Neuordnung einen Schritt zurück, statt in die Zukunft“, sagt Uwe Branscheidt, Vorstandsmitglied im ZVOS und Landesinnungsmeister von Sachsen, zur Fortschreibung der Produktgruppe 08. Aus seiner Sicht sind die Pro-

Uwe Branscheidt: „Mit der Klage wollen wir erreichen, dass der GKV-Spitzenverband die PG 08 überarbeitet oder zumindest die Preise ordentlich ermittelt.“



duktbeschreibungen viel zu spezifisch verfasst und entsprechen nicht mehr dem aktuellen Stand der Versorgungsmöglichkeiten. Wenn bei einer Bettungseinlage genau vorgeschrieben ist, dass man eine Lederdecke in einer bestimmten Stärke verwenden muss, dann seien das Vor-

gaben, die in der Praxis unheimlich engen.

„Wenn wir dem Hilfsmittelverzeichnis gerecht werden wollen, haben wir weniger Individualität und weniger Entscheidungsmöglichkeiten, andere Versorgungsmaßnahmen umzusetzen, wenn es im Ein-

Verhandelte Verträge sind nicht selbstverständlich

Die letzten zehn Jahre gehören sicher nicht zu den geruhsamsten in der Geschichte der Orthopädieschuhtechnik. Die Einschnitte durch Gesundheitsreformen seit den 90er-Jahren waren teils schmerzhaft, aber nichts gegen die Veränderungen, die sich 2007 mit der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ergaben. Über Ausschreibungen sollten auch im Markt für individuell hergestellte Hilfsmittel Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden. Wer die Ausschreibung gewinnt, darf liefern, die anderen sind außen vor, so der Plan. Zudem sollte eine Zulassung nicht mehr zur Lieferberechtigung ausreichen. Nur wer einen Vertrag mit einer Krankenkasse geschlossen hatte, sollte noch abrechnen können. Viele Betriebe sahen sich dadurch schon in ihrer Existenz bedroht, wenn wichtige Kassen mit hohem Marktanteil als Kunden wegfallen sollten.

Mit viel Engagement und politischer Arbeit konnten die Gesundheitshandwerke damals erreichen, dass im schon 2008 verabschiedeten Nachfolge-Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) viele der Regelungen des GKV-WSG entschärft wurden. Vor allem im Bereich der Zulas-

sung von Betrieben und dem Zugang zu Verträgen wurden Regelungen geschaffen, die einen Ausschluss von Leistungserbringern verhindern sollen.

Ausschreibungen waren zwar weiterhin erlaubt, wurden für den Bereich individuelle Hilfsmittel aber mit dem Zusatz versehen, dass sie dort in der Regel nicht sinnvoll sind. Leistungserbringern wurde die Möglichkeit eröffnet, bestehenden Verträgen beizutreten und so für die Kassen lieferberechtigt zu werden. Die Zulassung wurde durch das Präqualifizierungsverfahren ersetzt, mit dem die Eignung für den Vertragsbeitritt festgestellt werden sollte.

Die Kehrseite des Erfolges zeigte sich leider schnell. Die Krankenkassen waren auf der Suche nach Einsparungsmöglichkeiten darauf verfallen, für die Versorgungsbereiche nur einen oder wenige Verträge mit kleineren Verbänden abzuschließen und so ohne Verhandlung mit maßgeblichen Leistungserbringerverbänden ihre gewünschten Konditionen am Markt durchzusetzen.

Weil dies auf breiter Front von vielen Kassen ausgenutzt wurde, stellte das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde Ende 2010 fest, dass die Krankenkassen nach Abschaffung des Zulassungsverfahrens eine Verhand-

lungsposition erlangt haben, die missbräuchlich gegenüber den Leistungserbringern ausgenutzt werde. Das BVA stellte klar, dass die Krankenkassen die Leistungserbringer nicht ohne sachlichen Grund von Vertragsverhandlungen ausschließen oder gegenüber anderen Leistungserbringern benachteiligen dürfen. Die Kassen seien verpflichtet, Vertragsangebote der Leistungserbringer ernsthaft zu prüfen.

Zu dieser Zeit gab es aber schon viele, für die Leistungserbringer ungünstige Verträge, unter denen die Betriebe teils heute noch leiden. Erst in den letzten Jahren gelang es, auch begünstigt durch die derzeit gute Finanzlage der Kassen, die Preise und Versorgungskonditionen bei Neuabschlüssen der Verträge wieder etwas zu verbessern.

Die Entwicklung wird aktuell getrübt von einer neuen Methode, über die Hintertür Vertragsverhandlungen zu vermeiden. Angeblich, um Ausschreibungen zu vermeiden, die nach europäischem Recht geboten wären, werden sogenannte Open-House-Verträge angeboten, bei denen die Kasse Preis und Konditionen bestimmt und die Leistungserbringer nur noch beitreten können (s. auch Beitrag Seite 14).

