

Arzneimitteln unter Genehmigungsvorbehalt. Das Spannungsfeld ergebe sich aus Leistungsanspruch und Versorgungsrealität. Den Patientenbedürfnissen stünden die Kostendämpfungsbemühungen der Kostenträger gegenüber.

Die unterschiedlichen Interessenlagen und auch mitunter unklare Rechtsbegriffe würden dann zu den Sozialgerichten führen. Die Krankenkassen sähen sich zudem gerne als Wirtschaftsunternehmen, was sie als Körperschaften des Öffentlichen Rechts aber nicht seien. Die Leistungsansprüche der Versicherten seien nach den §§ 27, 33 SGB V definiert. Die Grundsätze: Behinderungsausgleich, Vorbeugung einer drohenden Behinderung, Krankenbehandlung sowie die Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit.

Im Rahmen des Behindertenausgleichs ging Müller auf ein Urteil des Bundessozialgerichts ein. Danach verstößt die Versorgung mit einer C-Leg-Prothese, trotz erheblicher Mehrkosten gegenüber einer herkömmlichen Prothese, nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Eine Kosten-Nutzen-Abwägung komme nicht in Betracht. Erhebliche Mehrkosten seien nur dann als Ablehnungsgrund relevant, wenn die zusätzlichen Gebrauchsvorteile eines neuen Hilfsmittels eher gering, die Kosten im Vergleich zu einem bisher als ausreichend angesehenen Versorgungsstandard aber unverhältnismäßig hoch seien. Das Wirtschaftlichkeitsgebot greife nur dann, wenn eine funktionsgleiche Versorgung günstiger zu haben ist.

Weiter ging Müller auf die Begutachtung von Versorgung ein. Unabhängige Begutachtungen zur Feststellung des medizinischen Versorgungsbedarfs seien Aufgabe des Medizinischen Dienstes (MDK). Die Gutachter müssten dabei über eine entsprechende Fachausbildung verfügen. Und das Sanitätshaus habe Anspruch auf Einsicht in das Gutachterergebnis des MDK gemäß § 277 SGB V. Der Einsatz privater Gutachterdienste sei dagegen aufgrund mangelnder gesetzlicher Bestimmungen höchst fragwürdig. Für diese Dienste gebe es auch keine Marktzugangsvoraussetzungen und keine Aufsichtsbehörde. Auch für die Datenweitergabe sei eine Grundlage nicht gegeben – selbst bei Vorliegen einer Versichertenerklärung.

Werkzeuge zur Sicherung der Qualität

Thomas Lehmann vom Kassen-Dienstleister SpectrumK sprach über praktische Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung, über Möglichkeiten und Grenzen eines Dienstleisters sowie über definierte und tatsächliche Qualitäten. Grundsätzlich müsse die Versorgung der Versicherten gemäß § 70 Abs. 2 SGB V ausreichend und zweckmäßig sein und in der fachlich gebotenen Qualität wirtschaftlich erbracht werden. Gesundheitsdienstleistungen müssten sich nach Kriterien wie Effektivität und Wirtschaftlichkeit ausrichten.



Thomas Lehmann forderte die Überprüfung von Versorgungsqualitäten.

Bei der Qualität sei zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu unterscheiden. Strukturqualität beschreibe die Rahmenbedingungen der Versorgung. Prozessqualität definiere die Art und Weise der Versorgung und die Ergebnisqualität das Ergebnis am Ende der Versorgung. Insbesondere die Ergebnisqualität sei aber geprägt durch objektive und subjektive Kriterien. Objektiv aus Sicht der Kostenträger seien die Vertragspreise und die vertraglichen Verpflichtungen der Leistungserbringer, das Beschwerdemanagement sowie der Gesundheitszustand des Patienten. Subjektiv seien aus Sicht der Versicherten die Zufriedenheit sowie die Verbesserung der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes.

Versorgungsqualitäten sollten in Verträgen nicht nur festgehalten, sondern auch kontrolliert werden, z. B. durch Vertragscontrolling und ein konsequentes Beschwerdemanagement. Qualitätssichernd wirken könnten auch individuelle Beratungen durch Hilfsmittelberater beim Patienten zu Hause. Als Messinstrument sprach Lehmann Patientenbefragungen an. Grenzen hierfür setze aber der Datenschutz. Mit am wichtigsten: Die Qualitätssicherung verlange ein Miteinander aller Vertragspartner.

Wieder zu einer menschlichen Versorgung zurückfinden

Hartmut Rentmeister, Vorstand des Allgemeinen Verbandes Chronische Schlafstörungen Deutschland e.V. (AVSD), kritisierte, dass die Hilfsmittelversorgung in den letzten Jahren deutlich schlechter geworden sei. Nicht der Preis, sondern die Versorgungsqualität müsse wieder in den Mittelpunkt rücken. Standards sollten nicht einseitig am grünen Tisch, sondern von Praktikern unter Einbeziehung der Betroffenen festgelegt werden.



Nach Hartmut Rentmeister konterkarieren vermeidbare Folgeerkrankungen die Wirtschaftlichkeit.

Erklärt werde die Verschlechterung der Situation mit dem Argument der Wirtschaftlichkeit. Vorrang muss aber nach Rentmeister eine menschenwürdige und zur Gesundheit beitragende Versorgung haben. Wirtschaftlich sei auch nicht, billige Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die zu sehr viel teureren Folgeerkrankungen führen können. Dies könne auch nicht im Interesse der Kostenträger sein, meinte er.

Rentmeister kritisierte vor allem die Ausschreibungen, die einen Wechsel des Versorgers und der Therapiegeräte bedingen. Dies verursache für die Patienten große Probleme. Außerdem seien Ausschreibungen bei ehrlicher Rechnung für die Kassen nicht so kostensenkend wie erhofft. An die Politik appellierte Rentmeister deshalb, diese Praxis wieder zu beenden.

Weiter bedauerte Rentmeister, dass sich die Krankenkassen immer weiter von ihren Versicherten entfernten. Durch die Fusionen seien Call-Center entstanden, deren Mitarbeiter hilfeschende Menschen oft alleine lassen. Auch stehe die Politik in der Verantwortung. Insgesamt trat Rentmeister dafür ein, dass alle Beteiligten unter Einbeziehung der Betroffenen Lösungswege suchen sollten, um auch bei knappen Kassen wieder zu einer menschlichen und medizinisch ausreichenden Versorgung zurückzufinden. <