

Rotstift: Der regiert bei den Krankenkassen – zum Leidwesen vieler Patienten.



Rollator? Abgelehnt!

Der rigide Sparkurs von Politik und Krankenkassen bringt den Sanitätsfachhandel in eine prekäre Lage.

Rollator, Bandagen oder Kompressionsstrümpfe: Wo menschliche Kraft oder Sinne nicht mehr ausreichen, kann ein medizinisches Hilfsmittel das Leben erleichtern. Besser: Es könnte das Leben vieler Patienten erleichtern, wenn die Krankenkassen die entsprechende Sozialgesetzgebung nicht zunehmend torpedieren würden. Die individuelle Versorgung, mag sie medizinisch und therapeutisch noch so begründet sein, werde bei den Erstattungspreisen der Krankenkassen nicht berücksichtigt, klagt der BVS Bundesverband des Sanitätsfachhandels. Tatsächlich scheint es inzwischen gängige Praxis der Krankenkassen zu sein, eine Vielzahl von ärztlich verordneten Leistungen abzulehnen, darunter auch die ärztlich verschriebenen Hilfsmittel. Diese, so weist beispielsweise eine aktuelle Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) aus, wurden über einem Drittel der begutachteten Patienten (37 Prozent) verweigert.

Nach Angaben des BVS fallen die Leistungskürzungen durch Krankenkassen und juristisch umstrittene private Gutachterdienste tatsächlich noch erheblich höher aus. Die Vergütung von Leistungen durch die Krankenkassen – hier geht es über den reinen Produktpreis hinaus –

sei in einzelnen Bereichen in den letzten zehn Jahren sogar um bis zu 70 Prozent gesunken. Pikante Kehrseite der Medaille: Die Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen von derzeit ca. 28 Mrd. Euro resultieren zum Teil aus eben diesen Leistungsverweigerungen und -kürzungen!

Das sagt das Gesetz

Versicherte haben im Bedarfsfall gemäß § 33 SGB V (Sozialgesetzgebung) Anspruch auf eine individuelle, den persönlichen Erfordernissen gerecht werdende Versorgung mit medizinischen Leistungen und Hilfsmitteln. Der Arzt verordnet je nach Sachlage entsprechende Hilfsmittel und die Krankenkasse genehmigt diese in der Regel. Nach dem Patientenrechtegesetz muss diese Genehmigung innerhalb von drei Wochen oder – bei Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes als Gutachter – nach sechs Wochen erfolgen.

Für die betroffenen Leistungserbringer, die viele dieser Hilfsmittel abgeben, wird es langsam eng. Der rigide Sparkurs von Politik und Krankenkassen führe neben der ungenügenden Patientenversorgung in der Branche zu erheblichen, Existenzgefährdenden Umsatzverlusten, kritisiert Walter Schuch, Inhaber des Kölner Sanitätshauses Stortz und Vorstandsvorsitzender des BVS. Er nennt ein besonders prekäres Beispiel: Für die von ihnen häufig verliehenen Produkte wie beispielsweise Rollatoren erhalten die bundesweit rund 2.500 Sanitätshäuser als Handels- und Dienstleistungsbranche einschließlich aller Service-, Reparatur- und Ersatzleistungen einmalig 50 bis maximal 80 Euro – über einen

„Umsatzverluste durch den Sparkurs gefährden Existenzen.“

Walter Schuch, Sanitätshaus Stortz

Zeitraum von fünf Jahren, wohlgemerkt. Ein Verlustgeschäft für die Branche – und nur ein Beispiel von vielen. Auch führende Rehamittel-Hersteller wie zum Beispiel Meyra wandern als Folge davon in die Insolvenz.

Zu gravierenden Einschnitten führt weiterhin der Umstand, dass sich im Hilfsmittelbereich im Zuge des Wettbewerbsstärkungsgesetzes auch das Ausschreibungsverfahren eingebürgert hat. Danach erhalten besonders günstige Angebote seitens des Sanitätsfachhandels den Zuschlag dafür, eine Krankenkasse in einem Produktsegment komplett zu versorgen. „Der Bereich Hilfsmittel wird immer mehr zur Spielwiese der Krankenkassen, um die Kosten zu senken“, argumentiert Branchenexperte Schuch. In Ausschreibungen sollen beispielsweise die aktuellen Vergütungsbeträge, die Sanitätshäuser für Hilfsmittel wie Matratzen und hochwertige Wechsellager-Systeme bei Dekubitus-erkrankungen erhalten, mittlerweile von 600 bis 1.000 Euro auf einen Dumpingpreis von 100 Euro gesunken sein. Die Folge: Betroffene Patienten erhalten damit teilweise eine Produktqualität, die mehr als fragwürdig ist.

Das Ausschreibungsverfahren führt zudem dazu, dass die politisch gewollte wohnortnahe Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet ist, denn seine Gehilfe oder seinen Duschrollstuhl erhält der Versicherte nun unter Umständen von einem Ausschreibungsgewinner, der Hunderte von Kilometern entfernt ist. Krankenkassen müssten das bezahlen, „was an Qualität dem Patienten zusteht“, fordern Schuch und weitere Branchenvertreter. **(os)**

<http://www.bv-sanitaetsfachhandel.de>