



Verband
Versorgungsqualität
Homecare e.V.

„Weg vom Basar und hin zu einem intelligenten und gemeinsamen Agieren“ Interview mit Stefan Skibbe, rehaVital Gesundheitservice GmbH



Stefan Skibbe verantwortet als Bereichsleiter den Bereich Vertrieb und Krankenkassenmanagement der rehaVital Gesundheitservice GmbH. Die rehaVital Gesundheitservice GmbH ist ebenfalls Mitglied im VVHC und mit über 110 Mitgliedsunternehmen eine der größten Verbundgruppen im deutschen medizinischen Hilfsmittelmarkt.

Herr Skibbe, welche Chancen und Risiken sehen Sie für die Homecare-Branche seit dem Verbot der Ausschreibungen in Bezug auf Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen?

Was Krankenkassen lange Jahre nicht begriffen haben, ist, dass sie sich durch Ausschreibungen einen Innovationsfaktor nehmen. Wir haben viele Ideen für neue Vertragsmodelle, die wir im Rahmen von Ausschreibungen nicht anbringen konnten, weil man starr an die gegebene Leistungsbeschreibung gebunden war. Jetzt besteht die Möglichkeit, dass wir als Entwicklungspartner an der Seite der Kasse die Versorgungsqualität verbessern können. Gleichwohl sehe ich auch das Risiko, dass Krankenkassen, die bei ihren Entscheidungen sehr preisfixiert waren, dies auch zukünftig sein werden – vollkommen unabhängig davon, wie der Vertrag zustande kommt. Es besteht also die Möglichkeit, dass hinter den Kulissen geklüngelt wird. Einige Unternehmen haben ihre komplette Marktstrategie auf das Modell „Ausschreibung“ spezialisiert und stehen nun vor einem Problem. Dieses Problem werden sie nicht über gute Verhandlungsverträge lösen können, weil sie ihre Margen über Masse erzielen. Wenn diese Unternehmen darum falsche Entscheidungen treffen, ist das für die komplette Branche schlecht.

Unabhängig vom Ausschreibungsverbot. Wie hat sich das Verhalten der Krankenkassen in den letzten zehn Jahren bei Vertragsverhandlungen entwickelt?

Da gibt es mehrere Faktoren, die einfließen. Vor rund zehn Jahren hat sich die Vertragslandschaft durch eine Reform des § 127 SGB V von Grund auf verändert. Früher haben Krankenkassen nur mit wenigen Vertragspartnern verhandelt, was in der Regel auch zu vernünftigen Verträgen geführt hat. Heute wird zum Teil mit mehreren Dutzend Leistungserbringern verhandelt. Dadurch besteht absolute Markt- und Preistransparenz, wodurch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Kasse ein günstiges Angebot im Sinne von „Geiz ist geil“ bekommt. Wir sind dann nur einer von vielen und die Gefahr, dass morgens ein Gedankenloser aufsteht, um einen noch niedrigeren Preis anzubieten, ist groß. Außerdem standen die Kostenträger in der Vergangenheit durch das Thema Zusatzbeitrag unter großem Druck. Nachdem alle großen Ausgabenblöcke bereits zusammengespart sind, landet man bei den Hilfsmitteln, bei denen Krankenkassen sogar von zwei Seiten handeln können - im Einzelfall und über die Verträge. Auch wenn die Hilfsmittelausgaben nur 3,7% bedeuten, besteht hier das größte Steuerungspotenzial. Das hat in den letzten zehn Jahren dazu geführt, dass der Preis bei vielen Kassen absolut im Vordergrund steht und das hohe Dienstleistungsniveau, das wir jeden Tag am Patienten erbringen, von den Kassen einfach negiert wird. Häufig werden diese Dienste am Patienten den Ärzten oder Pflegefachkräften zugerechnet und wir sind nur noch diejenigen, die das Produkt in den Flur des Patienten stellen. Dies geht natürlich an der Realität vorbei. Ein Verzicht auf eine hochwertige Versorgungsqualität bei Hilfsmitteln führt jedoch zu unnötigen Kosten durch

Folgeerkrankungen. Krankenkassen planen allerdings meist kurzfristig von Jahr zu Jahr. Das heißt eine Einsparung, die sich möglicherweise im Bereich der Krankenhausbehandlung in drei Jahren ergibt, aber eine höhere Investition an Hilfsmitteln heute zur Folge hat, ist vielen Kassen erst einmal egal. Außerdem denken Krankenkassen seit Einführung des Gesundheitsfonds in 2009, zunehmend in Deckungsbeiträgen. Einnahmen aus dem Gesundheitsfond werden also je Patienten in ein Verhältnis zu den Leistungsausgaben gestellt. Ein Großteil der Patienten, die wir täglich betreuen, hat leider einen negativen Deckungsbeitrag. Diese Menschen bedeuten für die Kasse erstmal ein schlechtes Versichertenklientel. Insofern sind die Anreize für die Kasse, diese Versicherten mit guten Hilfsmitteln zu versorgen, um diese langfristig zu binden, außerordentlich gering. Zusammenfassend haben wir somit kaum Anreize, um wirklich Qualität bei der Kasse zu verkaufen. Das ist eine Entwicklung, die man auch durch die Ausschreibungen der letzten Jahre immer wieder beobachten konnte. Zum Glück ticken nicht alle Krankenkassen so, aber leider genug! Unsere Aufgabe ist es, Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Dazu gehören klassische Vertriebsarbeit in den Häusern vor Ort, sektorenübergreifendes Denken und intelligente Vertragskonzepte, in denen wir Anreize bilden. Diese können sich auf der Einnahmenseite der Kasse bemerkbar machen, Einsparung von Prozesskosten zur Folge haben, Wechselwirkungen zu anderen Leistungsausgaben nutzen oder eine hochqualitative Versorgung für Patientengruppen mit positivem Deckungsbeitrag generieren – es gibt vielfältige Möglichkeiten, man muss sie nur finden. Also weg vom „Basar“ und hin zu einem intelligenten und gemeinsamen Agieren.

Als Verbundgruppe verhandeln Sie selbst Verträge mit Krankenkassen für Ihre Mitgliedsunternehmen. Wieso hat sich die rehaVital dazu entschlossen, dem VVHC beizutreten?

In erster Linie geht es um den Austausch. Wir müssen gemeinsam agieren. Zusammen sollten wir vorausdenken, wie Verträge in fünf bis zehn Jahren aussehen, wie wir Krankenkassen abholen und wie wir Anreizsysteme bilden können. Das geht nur begrenzt allein, da wir nur einen Teil des Marktes abbilden und nicht die erforderliche Wucht haben. Durch den VVHC haben wir das – und das nicht nur im Austausch, sondern auch am Verhandlungstisch. Wenn es darum geht, geballtes Expertenwissen und Qualitätsführerschaft in die Waagschale zu werfen, dann braucht man die großen Player am Markt dabei. Ein kleiner Wehrmutstropfen liegt darin, dass nur ein gedankenloses oder verzweifertes Unternehmen außerhalb der Gruppe ausreicht, um all dies kaputt zu machen. Wünschenswert wäre es, wenn im VVHC 100% des Homecare-Marktes abgedeckt wäre. Solange es nur 80 oder 90% sind, haben wir immer die Gefahr, dass dieser Eine seinen Weg zu den Kassen findet und einen Vertrag abschließt, den wir nicht aufhalten können.

Was ist aus Ihrer Sicht das Besondere an der Arbeit in den Arbeitsgruppen und Fachbereichen des VVHC?

Der VVHC selbst ist mit seinen hauptamtlichen Mitarbeitern durchaus schmal und effizient organisiert. Die umfangreichen Aufgaben innerhalb der Geschäftsstelle des VVHC können effektiv durch die enge Zusammenarbeit der Mitgliedsunternehmen mit den Mitarbeitern des VVHC umgesetzt werden. Das ist ein Vorteil, weil wir so von der Praxis aus agieren und uns in diversen Gremien engagieren können. Eine Möglichkeit, die wir auch nutzen. Durch die aktive Arbeit beim VVHC können wir auch die Interessen der eigenen Mitglieder der rehaVital wahren – eine Gelegenheit, die wir gerne in Anspruch nehmen, um uns einzubringen. Das Schöne ist, man muss es nicht. Man kann sich engagieren, man sollte es aus meiner Sicht auch, aber es wird keiner dazu gezwungen.

Zum Schluss: Wo sehen Sie die rehaVital in 10 Jahren?

Ich kann gar nicht genau sagen, wo ich die rehaVital in zehn Jahren sehen werde. Sie wird anders aussehen als heute. Unser Markt ist in den vergangenen Jahren so schnelllebig geworden. Wenn ich Schlagworte wie Ausschreibungsverbot, Digitalisierung oder generell politische Themen wie E-Rezept, sektorenübergreifende Versorgung betrachte, werden wir gezwungen sein, unsere Hilfsmittel-Scheuklappen abzulegen. Wir müssen weiter und sektorenübergreifender denken und gesamtpolitisch an diese Branche herangehen. Das erfordert, dass wir unser Leistungsangebot und unseren Auftritt ändern. Wir werden unverändert die Interessen unserer Mitglieder vertreten, versuchen an allen Fronten das Beste für unsere Mitglieder herauszuholen, aber die Wege dorthin werden sich verändern

Vielen Dank für das Interview Herr Skibbe!