

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(34)
vom
15. Wahlperiode

An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Gesundheit und
Soziale Sicherung
Platz der Republik 1

11011 Berlin

20

ST/Fl.

18. Juni 2003

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / die Grünen
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)
Bundestagsdrucksache 15/1170 vom 16. Juni 2003**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zu dem Gesetzentwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) nimmt der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik wie folgt Stellung:

Der Gesetzentwurf geht im Bereich der Hilfsmittelversorgung davon aus, dass durch neue Vertragsgestaltungen und Ausschreibungen weitere Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden können. Die Rationalisierungspotentiale bei der Versorgung der Patienten mit orthopädietechnischen Hilfsmitteln und Rehamitteln sind jedoch in den letzten Jahren bereits ausgeschöpft worden.

Wir sehen in den Regelungen vielmehr die große Gefahr, dass in Zukunft bei der Hilfsmittelversorgung einseitig auf den Preis der Versorgung abgestellt wird. Die Wirtschaftlichkeit einer Versorgung wird aber nicht allein durch den Produktpreis bestimmt, sondern hängt vom Leistungsumfang, der Qualität der Produkte und vor allen Dingen von der qualifizierten Anpassung der Hilfsmittel ab. Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen dürfen sich daher nicht allein am niedrigsten Produktpreis orientieren, sondern müssen die Qualität der Versorgung, und hier insbesondere die handwerkliche Dienstleistung, entsprechend einbeziehen.

Für die Berechtigung, Patienten zu versorgen und Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, muss nach wie vor die Qualifikation des Leistungserbringers Voraussetzung sein. Alle qualifizierten Leistungserbringer müssen die gleichen Möglichkeiten und Chancen zu Vertragsabschlüssen mit den Krankenkassen

sen haben, nur so kann eine flächendeckende Versorgung der Patienten sichergestellt werden. **Selektive Vertragsabschlüsse und die Möglichkeit, Vertragspreise im Nachhinein durch die Krankenkassen einseitig korrigieren zu lassen, lehnen wir daher ab. Weiter lehnen wir die im § 127 Abs. 2 Satz 2 vorgesehenen Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung ab**, diese sind kein Mittel, um die Versorgung der Patienten mit hochwertigen Hilfsmitteln sicherzustellen.

Vielmehr wird diese geplante Steigerung der Nachfragemacht der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) praktisch zu einem Preisdiktat gegenüber den orthopädiotechnischen Betrieben und Sanitätshäusern führen. Verträge der Innungen und des Bundesinnungsverbandes hätten keine bindende Wirkung mehr, sondern stellten nur noch Preisempfehlungen dar, die von den Krankenkassen einseitig unterschritten werden dürften. Dies ist nicht möglich, wenn auf der anderen Seite in den Verträgen Qualitätserfordernisse festgeschrieben werden. Die Festlegung der Qualität begrüßen wir ausdrücklich, dem muss aber eine entsprechende Vergütung gegenüberstehen. Die Qualität kann nicht gehalten werden, wenn die Preise ständig durch die Krankenkassen einseitig geändert und abgesenkt werden können.

Hierbei ist zusätzlich zu beachten, dass die orthopädiotechnischen Betriebe und Sanitätshäuser ca. 90% ihrer Umsätze mit der GKV tätigen. Sie stehen also in einem Abhängigkeitsverhältnis zu den Krankenkassen. Das Ausweichen auf die Private Krankenversicherung oder Privatverkäufe an Patienten ist praktisch nicht möglich. Die in den Gesetzentwürfen vorgesehene Stärkung der Marktmacht der Krankenkassen wird daher die orthopädiotechnische Branche komplett umstrukturieren und zu einer Vernichtung von vielen Betrieben und Arbeitsplätzen führen, wobei insbesondere der Anteil der weiblichen Arbeitskräfte und der Auszubildenden in unseren Betrieben überdurchschnittlich betroffen sein wird.

Dies kann weder im Interesse der wohnortnahen qualifizierten Versorgung der Patienten noch im Interesse der Erhaltung von mittelständischen handwerklichen Strukturen und Arbeitsplätzen sein.

Zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90 / Die Grünen nehmen wir im einzelnen wie folgt Stellung:

Vertragsbeziehungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den orthopädiotechnischen Betrieben / Sanitätshäusern nach § 33 Abs. 2 in Verbindung mit § 127 Abs. 2 SGB V

Nach dem Entwurf soll im § 33 Abs. 2 SGB V Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt werden:
„Für andere Hilfsmittel übernimmt sie (die Krankenkasse) die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gem. § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Bietet die Krankenkassen an, die Hilfsmittel wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen, mit denen sie einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 Satz 1 oder 2 geschlossen hat und wählen Versicherte stattdessen einen anderen zugelassenen Leistungserbringer, trägt die Krankenkassen die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkassen mit diesen Leistungserbringern vereinbart hat.“

§ 127 Abs. 2 SGB V soll wie folgt neu gefasst werden:
„Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach Abs. 1 bei gleicher Qualität schließen. Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. In den Verträgen können sich Leistungserbringer auch bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) abzugeben.“

Anmerkung:

Im Bereich der Versorgung der Versicherten mit orthopädiotechnischen Hilfsmitteln und Rehamitteln können schon nach dem geltenden Recht nach § 127 SGB V die Krankenkassen außer mit den Verbänden der Leistungserbringer auch mit einzelnen Leistungserbringern Verträge über Preise schließen, die unter den Preisen der Kollektivverträge sowie unter den Festbeträgen liegen. Für das bisherige Vertragsmodell spricht, dass allen Leistungserbringern, die nach § 126 SGB V zugelassen sind, der Zugang zur Versor-

gung der Patienten und im Umkehrschluss der Zugang der Patienten zu den Leistungserbringern gewährleistet wird. Den Versicherten und den Krankenkassen bietet sich damit ein breites Angebot an Leistungserbringern.

Nach der geplanten Neuregelung würden die gesetzlichen Krankenkassen jedoch die Möglichkeit erhalten, durch den Abschluss von Einzelverträgen mit regionalen Anbietern die mit den Innungen und Verbänden abgeschlossenen Verträge zu unterlaufen, da die Versicherten gegenüber den Krankenkassen nur noch den Anspruch auf Erstattung des Preises haben, den die Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern regional vereinbart haben. Die Differenz zu den abgeschlossenen Kollektivvertragspreisen sollen die Betriebe als Zuzahlung von den Versicherten fordern können.

Damit wären geltende Innungs- und Gruppenverträge keine bindenden Preisvereinbarungen mehr, sondern hätten praktisch nur noch empfehlenden Charakter. Die Vertragsabschlusskompetenz der Leistungserbringerverbände würde praktisch aufgehoben.

Preisvereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene sowie Festbeträge sind transparent und jedermann zugänglich. Vereinbarungen auf örtlicher Ebene wären jedoch absolut untransparent. Jede Krankenkasse könnte behaupten, sie habe einen niedrigeren Preis mit einem Leistungserbringer abgeschlossen, alle anderen Mitbewerber wären diesen Angaben der Krankenkassen ausgeliefert.

Wir halten es auch für rechtssystematisch problematisch, dass durch eine solche Konstruktion durch Verträge von Krankenkassen dritten Anbietern Innungsverträge einseitig geändert und letztendlich die Preise abgesenkt werden könnten. Dies würde praktisch den Abschluss eines Vertrages zu Lasten Dritter, nämlich der Verbände der Leistungserbringer und der ihnen angeschlossenen Betriebe, darstellen.

Weiterhin lehnen wir die im § 127 Abs. 2 SGB V geplanten Ausschreibungen bei der Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln und Rehamitteln ab.

Wenn die Krankenkassen im Wege einer Ausschreibung die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe von objektiven Auswahlkriterien vornehmen, geraten die einzelnen Leistungserbringer unter wirtschaftlichen Druck, möglichst preisgünstige Versorgungsleistungen anzubieten.

Aufgrund des einseitigen wirtschaftlichen Druckes, den wenige marktbeherrschende Krankenkassen gegenüber einzelnen Leistungserbringern aufbauen können, ist jedoch davon auszugehen, dass bei derartigen Ausschreibungen nicht mehr die Qualität der Versorgung und die handwerkliche Dienstleistung im Vordergrund stehen. Vielmehr werden sich die Ausschreibungen nur an dem günstigsten Preis orientieren. Damit bleiben Qualitätsaspekte, die gerade bei der Versorgung zu Recht gefordert werden, in Zukunft immer mehr auf der Strecke. Eine Absenkung der Versorgungsniveaus der Patienten in den nächsten Jahren ist zu erwarten.

Damit wird nochmals einseitig auf die reine Preisorientierung bei der Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln abgestellt. Wie wir bereits dargestellt haben, ist jedoch nicht der reine Preis der Versorgung entscheidend, sondern der Preis ist immer nur in Zusammenhang mit der Qualität der Versorgung zu sehen.

Derartige Qualitätserfordernisse können aber in Ausschreibungen nicht festgeschrieben bzw. in der späteren Umsetzung durch die Krankenkassen nicht kontrolliert werden.

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik lehnt daher die Neufassung des § 33 Abs. 2 und des § 127 Abs. 2 SGB V ab.

Das geltende System der Preisbindung gibt den Krankenkassen ausreichend Möglichkeiten, die Versorgung der Patienten zu einer guten Qualität bei ausreichenden Preisen sicherzustellen (siehe Punkt 11 des BIV Eckpunktepapieres als Anlage).

Wir schlagen daher vor, die § 33 Abs. 2 sowie §127 Abs. 2 in der bisherigen Form zu belassen:

§ 33 Abs. 2:

„Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20% des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um diesen Betrag“

§ 127 Abs. 2:

„In den Verträgen können sich Leistungserbringer bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) oder zu niedrigeren Beträgen abzugeben. Soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer Vereinbarungen über Preise. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.“

§ 36 Festbeträge für Hilfsmittel / § 135 SGB V

Im § 36 wird in dem Entwurf neu geregelt, dass die Festbeträge künftig bundeseinheitlich von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festzulegen sind. Außerdem wird im § 36 Abs. 3 SGB V durch Verweis auf § 35 SGB V geregelt, dass die Festbeträge mindestens einmal im Jahr zu überprüfen sind.

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik begrüßt eine bundesweite Festlegung von Festbeträgen sowie auch deren wirtschaftliche Überprüfung im Jahresrhythmus.

Die Krankenkassen sollen nach dem geplanten § 135 SGB V bei der Anhörung bezüglich der Festsetzung der Festbeträge den betroffenen Leistungserbringern eine angemessene Frist einräumen.

Dies ist zu begrüßen, reicht aber nicht aus. Die bisherigen Erfahrungen in den Anhörungen haben gezeigt, dass die fachlichen Vorschläge der Leistungserbringer durch die Krankenkassen kaum in die Entscheidungsfindung einbezogen wurden.

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik fordert daher ein angemessenes Beteiligungs- und Mitspracherecht bei der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 SGB V.

§ 127 Abs. 1 SGB V (Vertragsverhandlungen auf Bundesebene)

Neben der Festlegung von Festbeträgen für orthopädiotechnische Hilfsmittel und Rehamittel sollte die Vertragskompetenz für die Vertragspreise bei Hilfsmitteln auch auf Bundesebene festgeschrieben werden. Durch die gleichzeitige Festschreibung von Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards könnte so der Anspruch des Patienten auf bundeseinheitliche gute Versorgungsstandards gestärkt werden. Durch gestraffte Vertragsverhandlungen könnten zudem bei den Krankenkassen erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden.

Wir schlagen daher folgende Fassung des § 127 Abs. 1 SGB V vor (Änderungen fett):

„Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die **Bundes**verbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf **Bundesebene** mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer **auf Bundesebene**, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können. Zudem regeln die Vertragsparteien nach Satz 1 die Abrechnung der Festbeträge.“

Dass im § 127 Abs. 1 SGB V ebenfalls der Wiedereinsatz von Hilfsmitteln und Rehamitteln nochmals herausgestellt wird, begrüßen wir. Im Bereich der orthopädietechnischen und vor allen Dingen der Rehamittelversorgung ist der Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bereits seit Jahren mit Erfolg praktiziert worden.

§ 128 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis) / § 139 SGB V

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in Zukunft neben den Hilfsmittelherstellern auch die Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und sonstigen Betroffenen die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten müssen.

Die Einbeziehung der Patienten und betroffenen Gruppen ist sicherlich zu begrüßen. Den betroffenen Gruppen, insbesondere auch den Vereinigungen der Leistungserbringer, muss jedoch ein echtes Mitspracherecht bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses gegeben werden. Das gleiche gilt für die Festsetzung der Festbeträge nach § 36 SGB V.

Reine Anhörungsrechte haben sich in der Vergangenheit als nicht wirksam erwiesen, da die fachlich begründeten Anmerkungen von den Krankenkassen in den meisten Fällen nicht berücksichtigt wurden.

Weiterhin soll im § 139 SGB V der Entscheidungsprozess zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis beschleunigt werden, in dem die Entscheidung spätestens 6 Monate nach Vorlage aller Unterlagen zu erfolgen hat.

Dies ist zu begrüßen, da zur Zeit von der Anmeldung eines Hilfsmittels bis zu der Veröffentlichung im Bundesanzeiger häufig mehr als ein Jahr vergeht.

§ 139 SGB V (Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln)

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik begrüßt die Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln. Es ist jedoch abzulehnen, dass in der geplanten Neufassung des § 139 SGB V Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung einseitig durch die Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt werden können. Vielmehr müssen bei der Festlegung der Qualitätssicherung die Verbände der Leistungserbringer zwingend beteiligt werden.

Wir schlagen daher vor, § 139 Abs. 3 Satz 1 SGB V wie folgt neu zu fassen:

„Die Spitzenverbände der Leistungserbringer werden dazu verpflichtet, für alle an der Versorgung Beteiligten, bundeseinheitliche Qualitätsstandards zu entwickeln. Diese sind Grundlage der durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu erstellenden Richtlinien für einheitliche Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln, die die Qualität der Versorgung und den Versorgungsablauf umfassen.“

Durch diese Regelung kann ein einheitlicher Qualitätsstandard für das gesamte Bundesgebiet festgeschrieben und zudem Qualitätsstandards entwickelt werden, die europaweit etabliert werden können.

§ 140 a ff. (Integrierte Versorgung)

Eine wichtige Änderung zum bisherigen Recht stellt § 140 b Abs. 4 des Gesetzentwurfes dar. Hier wird geregelt, dass die Vertragspartner der integrierten Versorgung sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatuts für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatut des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

Anmerkung:

Damit wird die Möglichkeit eröffnet, dass in der integrierten Versorgung Hilfsmittel von Leistungserbringern erbracht werden können, die keine Zulassung nach § 126 SGB V besitzen. Eine Ausweitung von Leistungserbringern wäre damit auf der einen Seite vorprogrammiert. Auf der anderen Seite könnten im vermehrten Umfang Ärzte oder ihre Mitarbeiter in Arztpraxen Hilfsmittel abgeben, selbst wenn sie hierfür keine Zulassung besitzen.

Ein solches Unterlaufen der Zulassungsvoraussetzungen nach § 126 SGB V ist abzulehnen. Vielmehr ist eine klare Trennung der ärztlichen Tätigkeit und der Versorgung der Patienten mit orthopädietechnischen Hilfsmitteln und Rehamitteln zu fordern.

Die Neufassung des § 140 b Abs. 4 SGB V ist daher aus Sicht des BIV auf jeden Fall abzulehnen.

Änderung des § 25 Apothekenbetriebsordnung (Apothekenübliche Waren)

Die Abgabe von Hilfsmitteln in Apotheken ist seit Jahren umstritten. Die Apotheker berufen sich auf die Geltung des § 25 der Apothekenbetriebsordnung und insbesondere auf die Ziffer 1 (Verbandmittel) Ziffer 2 (Mittel und Gegenstände zur Kranken- und Säuglingspflege) und Ziffer 4 (Mittel und Gegenstände der Hygiene und Körperpflege).

Die nunmehr im Gesetzentwurf vorgesehene Neufassung des § 25 der Apothekenbetriebsordnung sieht in Verbindung mit § 2 Abs. 4 der Apothekenbetriebsordnung vor, dass apothekenübliche Waren Medizinprodukte sind, auch soweit sie nicht der Apothekenpflicht unterliegen.

In der Begründung zu § 25 Apothekenbetriebsordnung wird ausgeführt, dass mit der Neufassung die Apothekenbetriebsordnung den Änderungen des Medizinproduktegesetzes angepasst werden solle. Die Apothekenpflicht von Medizinprodukten werde in der Verordnung über Vertriebswege für Medizinprodukte geregelt.

Durch die Änderung des § 25 Apothekenbetriebsordnung wird jedoch eine Erweiterung der bisherigen Befugnisse vorgenommen. Danach sind apothekenübliche Waren alle Medizinprodukte, soweit sie nicht der Apothekenpflicht unterliegen.

Damit wären grundsätzlich alle Hilfs- und Rehamittel, die als Medizinprodukte einzustufen sind, in Apotheken als apothekenübliche Waren abzugeben. Dies stellt eine Erweiterung der zur Zeit geltenden Fassung der Apothekenbetriebsordnung dar.

Eine derartige Erweiterung der Apothekenbetriebsordnung ist daher aus Sicht des Bundesinventionsverbandes für Orthopädie-Technik abzulehnen.

Wir hoffen, dass die Argumente und Anregungen des Bundesinventionsverbandes für Orthopädie-Technik in der Diskussion um die Gesetzesneufassungen berücksichtigt werden können.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern jederzeit zur Verfügung.



Dipl.-Kfm. F. Schütte
Hauptgeschäftsführer

11 Eckpunkte des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik (BIV) zur Hilfs- und Rehamittelversorgung in der Gesundheitsreform 2003 / 2004

Die Versorgung mit orthopädiotechnischen Hilfsmitteln sowie Rehamitteln ist für den einzelnen Patienten nicht vorherseh- und planbar.

Orthopädische Hilfsmittel und Rehamittel sichern den Erfolg der Krankenbehandlung oder gleichen eine Behinderung aus.

Durch den gezielten Einsatz von Hilfsmitteln kann erfolgreich Prävention betrieben werden.

Hilfsmittel sparen bei frühzeitigem Einsatz Kosten, die ansonsten bei einer eintretenden Verschlechterung der Krankheitsbilder angefallen wären.

Der BIV hält daher an einem solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem fest. Alle wesentlichen und schweren Krankheitsrisiken müssen wie bisher solidarisch abgesichert werden. Die Versorgung mit Hilfs- und Rehamitteln muss daher weiter im Leistungskatalog der GKV bleiben.

Auf der anderen Seite bedingen die demografische Entwicklung sowie der Fortschritt der Medizin und der Orthopädie-Technik eine zunehmende Ausgabensteigerung für orthopädiotechnische Hilfsmittel.

Der Bundesinnungsverband hat daher folgende Vorstellungen für ein Konzept der Ausgabenbegrenzung in der GKV und die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen der Versicherten entwickelt.

1. Wahlfreiheit der Versicherten erhalten

Der BIV fordert, dass die Wahlfreiheit der Patienten für die Versorgung einen Arzt sowie einen Orthopädie-Techniker ihres Vertrauens aufsuchen zu können, erhalten bleibt. Er wendet sich gegen Ausschreibungen, die ganze Versorgungsbereiche über mehrere Jahre abwickeln und nur noch einen oder wenige Anbieter zum Zuge kommen lassen. Dies würde in wenigen Jahren ein Oligopol der Leistungsanbieter herbeiführen und dadurch mittelfristig gesehen gerade nicht zu Ausgabeneinsparungen bei den Krankenkassen beitragen.

2. Ausschreibungen begrenzen

Dem gegenüber sieht der BIV in der Ausschreibung von Einzelaufträgen für Hilfsmittel, z. B. internetgestützt, eine Möglichkeit, die Ausgaben der Krankenkassen zu begrenzen. Derartige Einzelausschreibungen müssen unter klaren Qualitäts- und Leistungskriterien durch entsprechende Rahmenverträge mit den Verbänden der Leistungserbringer vertraglich geregelt werden.

3. Qualitätssicherung für Hilfsmittel / Leistungswettbewerb

Der BIV steht vor der Einführung bindender Qualitätskriterien zur Hilfsmittelversorgung, die durch Leitlinien zur Versorgung begleitet werden. Der von uns begrüßte Leistungswettbewerb in der Versorgung der Patienten darf nicht auf einen reinen Preiswettbewerb ohne Berücksichtigung der Versorgungsqualität reduziert werden. Versorgungen in schlechter Qualität führen letztendlich zu mehr Ausgaben in der GKV. Über-, Unter- und Fehlversorgungen müssen durch gemeinsame Gremien der Krankenkassen und der Leistungserbringer überprüft werden. Dadurch werden die Versorgungsqualität verbessert und die Ausgaben der GKV begrenzt.

4. Trennung von ärztlicher Tätigkeit und Hilfsmittelversorgung

Die Verordnung und die Abgabe von Hilfsmitteln müssen getrennt bleiben. Wenn durch Ärzte Hilfsmittel selbst abgegeben werden besteht die Gefahr, dass aus wirtschaftlichen Gründen die Verordnungen zunehmen und damit die Ausgaben der GKV steigen. Der Arzt soll nicht an der eigenen Hilfsmittelverordnung partizipieren. Depotversorgungen in Arztpraxen oder die Abgabe von Hilfsmitteln durch Mitarbeiter oder Angehörige des Arztes dürfen nicht zulässig sein.

5. Hilfsmittel weiter im Leistungskatalog der GKV

Der BIV fordert, dass orthopädietechnische Hilfsmittel sowie Rehamittel grundsätzlich im Leistungskatalog der GKV verbleiben. Wir fordern, dass das Hilfsmittelverzeichnis als Positivliste genutzt wird. Um dem medizinischen und technischen Wandel Rechnung zu tragen, ist das Hilfsmittelverzeichnis zeitnah den Erfordernissen anzupassen. Weiter sollen gemeinsam mit der GKV einzelne Positionen des Leistungskataloges nach dem Stand der Wissenschaft und Technik auf ihre Notwendigkeit überprüft werden.

6. Individuelle Versorgung nicht durch Fallpauschalen einschränken

Der BIV fordert, weiterhin an der individuellen Versorgung der Patienten festzuhalten. Daher wenden wir uns gegen die generelle Einführung von Fallpauschalen. Fallpauschalen kommen nur für standardisierte Produkte und Versorgungen in Frage. Daher muss es für die einzelnen Schweregrade der Versorgungen differenziert Fallpauschalen geben. Fallpauschalen müssen auch immer mit Öffnungsklauseln versehen werden, um den individuellen Verhältnissen der Patienten im Einzelfall gerecht zu werden.

7. Bundeseinheitliche Festbeträge und Vertragspreise

Die orthopädietechnischen Versorgungsleistungen müssen ausreichend honoriert werden. Hierzu können wir uns bundeseinheitliche Festbeträge oder Festzuschüsse vorstellen. Die Festsetzung der Festbeträge muss jedoch unter Beteiligung des BIV erfolgen.

Daher fordern wir eine mittelfristige Überführung der Landespreise sowie Festbeträge für Hilfsmittel in bundeseinheitliche Regelungen.

8. Schiedsamt

Die Interessen der Leistungserbringer an einer ausreichenden Vergütung und angemessenen Vertragsbeziehungen zu den Krankenkassen müssen berücksichtigt werden. Wenn es daher zu keiner Einigung zwischen Krankenkassen und orthopädietechnischen Betrieben bei Festbetragsfestsetzungen oder sonstigen Vergütungen kommt, fordern wir für diese Situation die Einrichtung eines Schiedsamtes.

9. Selbstbeteiligung der Patienten

Die Patienten sollen sich in sozialverträglicher Höhe an den Ausgaben der GKV für Hilfs- und Rehamittel beteiligen. Neben prozentualen Selbstbeteiligungen bei bestimmten Hilfsmitteln schlagen wir eine Rezeptgebühr für jedes Hilfs- und Rehamittel vor. Die Patienten müssen durch Überforderungsklauseln geschützt werden.

10. Beibehaltung des Kontrahierungszwanges

Der BIV wendet sich gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zwischen der GKV und den Leistungserbringern. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges würde dazu führen, dass die Auswahl der Vertragspartner allein in das Ermessen der Krankenkassen gestellt wäre.

Dies würde dem von uns geforderten Qualitätssicherungsgedanken widersprechen. Wir sind für eine prüfbare Festschreibung von Qualitätserfordernissen bei der Zulassung der Leistungserbringer. Hier muss aus unserer Sicht eine Verschärfung eintreten, um eine hoch qualifizierte Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen. Der BIV hat entsprechende Leitlinien zur Versorgung erarbeitet.

Das generelle Zulassungsverfahren nach § 126 SGB V muss daher erhalten bleiben.

11. Kräftegleichgewicht zwischen der GKV und den Leistungserbringern

Der BIV fordert, dass das Kräftegleichgewicht zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern wieder hergestellt wird. Bereits heute sind die einzelnen Leistungserbringer und ihre Verbände in einer nachteiligen Verhandlungsposition der GKV gegenüber. Eine Stärkung der Verhandlungsmacht der GKV im Bereich der orthopädietechnischen Versorgung ist zudem sachlich unnötig, da die jetzigen gesetzlichen Regelungen eine ausreichende Möglichkeit für die Krankenkassen geben, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- a) Erhebliche Teile der Hilfsmittelversorgung sind durch Festbeträge geregelt, die die Krankenkassen einseitig festsetzen. Es ist davon auszugehen, dass diese Preise auch aus Sicht der GKV „wirtschaftlich“ sind.
- b) Ein weiterer großer Teil der Hilfsmittelversorgung wird durch Verträge auf Landes- und Bundesebene zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer nach § 127 SGB V geregelt. § 127 Abs. 2 SGB V gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, mit einzelnen Betrieben Verträge abzuschließen, die unter dem Vertragspreinsniveau bzw. unter den festgesetzten Festbeträgen liegen. Damit hat die GKV die Möglichkeit, durch preisgünstige Anbieter jederzeit Druck auf die Verbände auszuüben und bei neuen Preisverhandlungen Preise gegebenenfalls abzusenken.
- c) Im Bereich der handwerklich individuellen Versorgungen werden den Krankenkassen vor Ausführung der Leistung Kostenvoranschläge eingereicht. Die Krankenkassen können diese kontrollieren und gegebenenfalls Vergleichskostenvoranschläge einholen, um die Angemessenheit des Preises zu überprüfen bzw. diesen auch im Einzelfall abzusenken.

Dortmund, den 20. Febr. 2003