

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(12)
vom 20.06.03

15. Wahlperiode**

Stellungnahme zu den geplanten einschneidenden Änderungen bei der Hilfsmittelversorgung

Basis: Roh-Entwurf vom 18.02.2003 der Gesetzesänderungen zur Modernisierung des Gesundheitssystems insbesondere §§ 33, 127 SGB V n.F.

In Deutschland besteht die auch vom Verband SPECTARIS getragene Notwendigkeit und Forderung, das Gesundheitssystem zu reformieren. Zukunftsorientierte und finanzierbare Wege müssen gefunden und umgesetzt werden. Im Hinblick auf die politisch gewollte Verkürzung der Krankenhausverweildauer kommt der häuslichen Versorgung eine immer stärker werdende Bedeutung bei der Erschließung von möglichen Einsparungspotentialen zu. Wir -die medizintechnischen Unternehmen- leisten hierzu mit effizienten, qualitativ hochwertigen Produkten und Dienstleistungen einen wertvollen Beitrag.

Der vorliegende Rohentwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens stimmt unsere Verbandsmitglieder, die allesamt Unternehmer und Arbeitgeber in Deutschland sind, sehr nachdenklich. Auf anderen politischen Ebenen wird derzeit überlegt, wie man die Wirtschaft in Deutschland wieder ankurbeln kann. In dem Bereich der Medizintechnik müssen wir feststellen, dass ein von Mittelständlern geprägter Industriezweig in Deutschland aufgrund des Gesetzentwurfs in seiner Existenz stark gefährdet wird. Die damit verbundenen Konsequenzen liegen auf der Hand: Ein Industriezweig, der sich auch in der heutigen Zeit dadurch ausgezeichnet hat, neue Arbeitsstellen zu schaffen, wird durch den neuen Gesetzentwurf in eine wirtschaftlich ruinöse Situation gedrängt. Dieser führt im Bereich der Hilfsmittelversorgung besonders bei der Heimtherapie zu einer Situation, in der zukünftig weder der Patient, noch die Qualität der Produkt- und Patientenversorgung im Vordergrund steht. **Einzig allein der Preis, den die Krankenkassen für eine Versorgung bezahlen müssen, wird in unserem sozialen Gesundheitssystem Maßstab für die Patientenversorgung sein.**

Bisherige Situation:

Bereits heute können die Krankenkassen –sofern es keine Festbeträge gibt– sowohl auf Landesebene mit Verbänden als auch mit einzelnen Leistungserbringern Verträge zur Versorgung mit speziellen Hilfsmitteln abschließen und Ärzte und Patienten über diese Ergebnisse informieren.

Zukünftige Situation:

Nach diesem Gesetzesentwurf **müssen** die Krankenkassen sowohl den Arzt als auch den Versicherten darüber informieren, mit welchen Leistungserbringern vor Ort der günstigste Preis vertraglich vereinbart wurde. **Dieser günstigste Preis ist der von den Krankenkassen zu erstattende Preis** für Hilfsmittel. Wählt der Patient einen Leistungserbringer, der aus welchen Gründen auch immer einen höheren Preis der Krankenkasse angeboten bzw. abgeschlossen hat, muss der Patient die Differenz als Eigenbeteiligung selbst tragen. Nirgends ist jedoch im Gesetz die detaillierte Pflicht verankert, dass es für jedes Hilfsmittel verbindlich einzuhaltende Qualitätsstandards sowohl für die zu erbringende Dienstleistung durch den Leistungserbringer als auch für die einzusetzenden Produkte gibt. **Die Krankenkasse wird zukünftig nur noch verpflichtet sein, den niedrigsten Preis eines ortsansässigen Leistungserbringers als Maßstab für die Erstattung zu sehen.**

Folgende kritischen Fragen stellt sich SPECTARIS in diesem Zusammenhang:

1. Wie kann man in diesem Zusammenhang von einer Stärkung der Patientenrechte sprechen, wenn der Patient zukünftig selbst in der Auswahl des Leistungserbringers eingeschränkt wird ?

Dieser wird ihm über die Krankenkasse empfohlen, mit der Konsequenz, dass der Patient selbst überprüfen muss, ob er sich seine Auswahl des Leistungserbringers zukünftig noch leisten kann.

Die Wahlmöglichkeiten für die Patienten werden eingeschränkt. Dadurch erfolgt eine weitere Entmündigung des Patienten mit einer damit einhergehenden Reduzierung seiner persönlichen Verantwortung für den Therapieerfolg. Dies widerspricht der anzustrebenden stärkeren Einbeziehung des Patienten. Es wäre darüber hinaus zu prüfen, ob die Einschränkung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten mit dem Grundgesetz konform geht.

2. Welchen Sinn machen Vertragsabschlüsse z.B. auf Verbandsebene analog des § 127 SGB V, wenn die Krankenkassen zukünftig in der Lage sind, jeden abgeschlossenen Preis über regionale Verträge wieder auszuhebeln ?

3. Warum wird der niedrigste Einkaufspreis für Hilfsmittel als alleiniger Maßstab für die Erstattung gewählt ?

Nach Auffassung von SPECTARIS muss ein wirtschaftliches Preis – Leistungsverhältnis bei definierten Produkt- und Qualitätsanforderungen der Maßstab für die Erstattung sein. Bei der alleinigen Betrachtung des Einkaufspreises von Hilfsmitteln bleiben wesentliche Faktoren wie z.B. die Qualität der Dienstleistung, die nicht separat vergütet wird, die Produktqualität und die Lebenszykluskosten eines Produktes vollkommen unbeachtet. Diese Faktoren haben einen sehr großen Einfluss auf den Therapieerfolg und auf die Kostenentwicklung einer Patientenversorgung und führen bei Nichtbeachten zu erheblichen Folgekosten. Es werden nach unserer Auffassung durch eine solche Politik zwar im ersten Moment Ausgaben im Bereich Hilfsmittel eingespart, jedoch die Folgekosten, die durch fehlenden Therapieerfolg und fehlende Qualität entstehen, führen zu einem gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Schaden, der etwaige Einsparungen bei weitem übersteigt.

Die Mitglieder des Verbandes SPECTARIS sind bereit, bei der Gestaltung eines wirtschaftlichen, effizienten und effektiven Versorgungssystems von Versicherten aktiv mitzuarbeiten. Gern sind wir gesprächsbereit und stellen unser Know-How für die Ausgestaltung eines zukunftsorientierten und finanzierbaren Gesundheitswesens zur Verfügung. **Der Schwerpunkt der Veränderungen muss sich nach unserer Auffassung auf die Steigerung von Effizienz und Qualität der Versorgung mit Hilfsmitteln beziehen.**

Folgende Vorschläge sind unserer Ansicht nach zwingend beim Reformansatz zu berücksichtigen:

- Definierte Qualifikations-/Qualitätsanforderungen nicht nur an die Ärzte, sondern auch an Krankenkassen bei der Auswahl der Leistungserbringer, die spezielle Hilfsmittel abgeben sollen, sind wichtig, um Fehl-, Unter- und Überversorgung der Patienten zu verhindern. Beim Einsatz von Hilfsmitteln ist die richtige Anwendung eine essentielle Komponente der Versorgung. Hier spielen nicht nur die Produkte selbst, sondern zunehmend auch die Dienstleistungen der Leistungserbringer im Rahmen der Versorgung eine wichtige Rolle. Zu diesen Dienstleistungsmerkmalen gehören die Einweisung vor Ort, die der Therapie angemessene Beratung mit Einweisung und Schulung des Patienten, der technische Service und darüber hinaus ein bestimmtes Qualitätsniveau für diese Leistungen. Solche Qualitätsanforderungen sollten nicht einseitig durch die Krankenkassen festgelegt werden, sondern hier müssen sowohl die Patienten als auch insbesondere die Leistungserbringer, die die Versorgungen durchführen bzw. deren Verbände und die Industrie einbezogen werden.
- Die Therapieakzeptanz der Patienten hat wesentliche Bedeutung für den therapeutischen Erfolg. Diese kann aber nur durch kompetente Beratung, Einweisung und Schulung der Patienten bzgl. der Funktionen und der geeigneten Applikation des Hilfsmittels

erreicht werden. Daher sollte auch die Therapieakzeptanz regelmäßig durch die Ärzte zusammen mit den Krankenkassen oder ersatzweise durch die Leistungserbringer überprüft werden.

- Zur Preisfindung müssen definierte Leistungs- und Qualitätsmerkmale sowohl auf Produkt- als auch auf Dienstleistungsebene zu Grunde gelegt werden. Die Einhaltung muss durch die Krankenkassen verbindlich kontrolliert werden. Nur so kann erreicht werden, dass die Qualität der Patientenversorgung auch sichergestellt wird. Ansonsten besteht das reale Risiko, dass vordergründiges Kostensparen durch Leistungsverzicht/Reduzierung der Dienstleistung erreicht wird. Vorstellbar wären sonst Modelle, in denen sich die Krankenkassen nur die Leistungserbringer auswählen werden, die ihre Preise durch Verzicht auf Beratung/Einweisung/Schulung der Patienten im Gebrauch der Hilfsmittel kalkulieren.
- Es werden Beschaffungsprozesse, die Ausschreibungscharakter haben, gefördert. Dies ermöglicht im ersten Schritt gegebenenfalls kurzfristige Einsparungen für die Kostenträger. Mittel- bis längerfristig führen diese Prozesse zur Reduzierung und/oder Eliminierung des Wettbewerbs und damit zu einer Verschlechterung oder Verteuerung der Versorgung, da eine Monopolisierung der Leistungserbringer vorangetrieben wird.

Für eine qualitativ hochwertige Versorgung des Patienten ist der gesamte Behandlungskorridor von der Prävention bzw. Diagnose bis zum Ende der Therapie durch definierte Qualitätsstandards für die Dienstleistungen festzulegen. In der Vergütungsstruktur muss dieses entsprechend berücksichtigt werden. Die im Verband SPECTARIS organisierten Unternehmen bieten ihre Unterstützung bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards für den Hilfsmittelbereich insbesondere für Homecare-Therapien an, um ein reibungsloses und wirtschaftliches Schnittstellenmanagement zu unterstützen.

Der Bereich der Hilfsmittel zeichnet sich durch eine große Produktvielfalt und einen sehr dynamischen Bereich mit vielen Innovationen aus. Gezielte Produktweiterentwicklungen ermöglichen, dass auf Basis der bestehenden Erfahrungen die Versorgungsqualität verbessert und/oder Restrisiken reduziert werden können. Dies führt zu effizienteren und damit wirtschaftlicheren Versorgungsmöglichkeiten - nicht zu Kostensteigerungen für das Gesundheitssystem. Deshalb müssen diese Innovationen auch aus wirtschaftlicher Sicht gefördert und dürfen nicht behindert werden. Dieses gilt insbesondere für die in Deutschland entwickelnden und produzierenden Unternehmen.

Sollte sich das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Bereich der Hilfsmittelversorgung darauf beschränken, nur die Politik der niedrigsten Preise ohne Rücksicht auf Wirtschaftlichkeit, Therapieakzeptanz der Patienten und Einbeziehung der Serviceleistungen zu verfolgen, lehnt SPECTARIS diese geplanten Änderungen ab.

Vorschlag des Verbandes SPECTARIS zur Formulierung der §§ 33 und 127 SGB V

§ 33 SGB V Hilfsmittel

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung oder Erkrankung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Versicherte hat auch Anspruch auf die für den Einsatz des Hilfsmittels erforderlichen Dienstleistungen. Diese umfassen auch die erforderliche Beratung, Ausbildung und Einweisung in den Gebrauch sowie die Änderung, Anpassung, Instandsetzung, Wartung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt. Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Satz 1 und 3. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen nur bei schwerer Sehbeeinträchtigung.
- (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. Bietet die Krankenkasse an, die Hilfsmittel und die jeweils erforderlichen Dienstleistungen wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen, mit denen sie einen Vertrag nach § 127 Abs. 1 oder Abs. 2 geschlossen hat und wählen Versicherte stattdessen einen anderen zugelassenen Leistungserbringer, trägt die Krankenkasse, unter der Voraussetzung, dass das Hilfsmittel und die jeweils erforderlichen Dienstleistungen mindestens gleichwertig sind, die Kosten in Höhe des Preises, den die Krankenkasse mit den Leistungserbringern analog § 127 Abs. 1 oder Abs. 2 vereinbart hat.“

- (3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 1 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.
- (4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 1 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.
- (5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

§ 127 SGB V Verträge

- (1) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, die jeweils erforderlichen Dienstleistungen und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Zudem regeln die Vertragsparteien nach Satz 1 die Abrechnung der Festbeträge.“
- (2) Die Krankenkassen können Verträge analog Absatz 1 auch mit einzelnen Leistungserbringern schließen. In den Verträgen können sich Leistungserbringer auch bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) abzugeben.“

- (3) Die Krankenkassen können bei den Leistungserbringern Preisvergleiche über Hilfsmittel und die jeweils erforderlichen Dienstleistungen durchführen und die Versicherten sowie die Ärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten und über Leistungserbringer, die bereit sind, zum Festbetrag zu liefern, informieren. Sie können Preisvergleiche auch durch regionale Arbeitsgemeinschaften oder in Zusammenarbeit mit Verbraucherverbänden durchführen. Bei den Preisvergleichen ist stets neben der Qualität des Hilfsmittels auch die Qualität der Dienstleistung zu berücksichtigen.

Vorschlag des Verbandes SPECTARIS zur Formulierung der §§ 33 und 127 SGB V

Kommentare

Zu § 33 Absatz 1:

- (6) Der Einsatz von Hilfsmitteln z.B. Teile der Medizintechnik kann auch dazu führen, dass Folgeerkrankungen vorgebeugt wird ein Nutzen, der unsers Erachtens im SGB V Berücksichtigung finden sollte.
- (7) Wichtig erscheint es uns, dass zusätzlich zum Anspruch auf Hilfsmittel auch im SGB V darauf hingewiesen wird, dass je nach Hilfsmittel differenziert ein unterschiedlicher Grad an Dienstleistung notwendig ist, um den Therapieerfolg dauerhaft zu erreichen. Eine Berücksichtigung dieser Dienstleistung im Absatz 1 wäre aus unserer Sicht daher zwingend notwendig.

Zu § 33 Absatz 2:

- (1) Ein Querverweis zu § 127 SGB V Abs. 2 Satz 1 erscheint uns als sehr kritisch. Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass nicht nur die Wohnortsnähe und Zumutbarkeit für den Patienten betrachtet wird, sondern auch der Punkt, dass identische Leistungspakete und Produktqualitäten bei einem Vergleich vorliegen sollten. Der Hinweis, dass nur der niedrigste Vertragspreis bei Leistungserbringern ohne Vertrag erstattet wird, birgt auch folgende Gefahren:
 - a. Im täglichen Umgang mit diesem Paragraphen könnte es sein, dass der ein oder andere Sachbearbeiter aus einer Krankenkasse nur auf den Preis als Auswahlkriterium schaut. Auf der Strecke bleiben in diesem Fall Produktqualitäten, Life – Cycle – Kosten, Preis-Leistungsverhältnis und Dienstleistungsqualitäten, die sehr von einander abweichen können.
 - b. Häufig fehlt dem Leistungserbringer die Transparenz über bestehende Preise, die eine Krankenkasse abgeschlossen hat. Eine alleinige Betrachtung des Preises ohne führt unseres Erachtens auf Dauer zu deutlichen Qualitätseinbußen und zu einer Monopolisierung der sonstigen Leistungserbringer. Dieser Effekt sollte unseres Erachtens seitens der Politik nicht gewünscht und daher eindeutig vermieden werden.

- c. Es fehlt die Transparenz, dass ein „niedrigster Preis“ wirklich vergleichbar ist. Als Basis eines Vergleiches sollte unseres Erachtens das Preis – Leistungsverhältnis betrachtet werden.

- d. Hinzu kommt unseres Erachtens die Situation, dass in dieser anstehenden Gesundheitsreform auch der Qualitätsgedanke der Versorgung eine wichtige Rolle spielt. Auch im Bereich der Hilfsmittel lassen sich bei Wahrung des Qualitätsgedankens Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden. Es muss darum gehen, dass die vorhandenen Mittel Nutzenmaximiert eingesetzt werden.

Zu § 127 Absatz 1:

- (4) Wichtig erscheint uns, in den Verträgen auch die Qualität der Dienstleistung zu vereinbaren, um vergleichbare Versorgungsstandards zu erreichen und überprüfbar zu machen.
- (5) Es wäre wünschenswert, wenn der bestehende Hinweis auf Höchstpreise weiterhin erhalten bleibt.

Zu § 127 Absatz 2:

- (1) Wichtig erscheint uns, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer auch einzeln miteinander Verträge abschließen können. Ein Hinweis an dieser Stelle, dass bei diesen Abschlüssen niedrigere Preise realisiert werden müssen, ist uns unverständlich, denn auch hier sollte eine gutes Preis – Leistungsverhältnis erzielbar sein. Wir bitten hierzu auch die Hinweise zu § 33 Abs. 2 zu beachten, die hier analog gelten.

Zu § 127 Absatz 3:

- (1) Selbstverständlich erscheint uns unter dem Gesichtspunkt der Wettbewerbsstärkung es wichtig, dass die Möglichkeit für Preisvergleiche den Krankenkassen eingeräumt wird. Ein Preisvergleich setzt den Vergleich eines Preis – Leistungsverhältnisses voraus und nur dieses sollte unserer Ansicht nach überprüft werden.

- (2) Um den Verwaltungsaufwand einer Krankenkasse für die Vielzahl der Hilfsmittel nicht durch die Informationspflicht über Preise an Ärzten und Patienten unwirtschaftlich auszudehnen, sollte es der Krankenkasse überlassen sein, über jeden Preis in jedem Einzelfall im Vorfeld der Versorgung zu informieren. Dieses würde besonders bei Eilversorgungen dazu führen, dass Entlassungstermine im Krankenhaus nicht eingehalten werden können und somit unnötige Kosten im Gesundheitssystem entstehen. Eine Patientenquittung im Nachhinein, damit der Patient selbst erfährt, was sein Hilfsmittel gekostet hat, ist davon selbstverständlich ausgenommen.