

## **Stellungnahme zum Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Wettbewerbstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ BT-Drucksache 16/3100**

### **I. Grundsätzliche Bewertung**

In dem vorliegenden Gesetzentwurf werden für den Bereich der Hilfsmittelversorgung Ausschreibungen vorgesehen. In diesem Sinne sollen die §§ 33 und 127 SGB V (Krankenversicherung) umgestaltet werden. Im § 126 SGB V soll dementsprechend die Zulassung der Leistungserbringer nach einer Übergangszeit von zwei Jahren spätestens zum 01. Januar 2009 entfallen. Dann sollen nur noch die Betriebe eine Zulassung zur Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln besitzen, die einen Vertrag mit den Krankenkassen abschließen.

Der Bundesinnungsverband begrüßt grundsätzlich die Ziele der Reform, zwischen den Krankenkassen mehr Wettbewerb zu ermöglichen und die Patientensouveränität zu stärken. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern muss dabei fair gestaltet werden und muss die patientennahe Versorgungsstruktur mit leistungsfähigen Anbietern sichern.

Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln wird schon mit den derzeitigen Festbetragskonzepten und Vertragsstrukturen ein ausreichendes, zweckmäßiges Angebot flächendeckend und preisgünstig gesichert, ohne dabei in die Freiheit des Patienten einzugreifen, den wohnortnahen Leistungserbringer selbst zu wählen.

Durch diese Instrumente haben die gesetzlichen Krankenkassen schon bisher erhebliche Einsparungen bei Beibehaltung der Versorgungsqualität erzielt. Nach der amtlichen Statistik KV 45 des Gesundheitsministerium sind die Ausgaben der Krankenkassen für orthopädietechnische Hilfsmittel im Jahr 2005 um 18% gesunken. Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich werden keine weiteren Einsparpotentiale freisetzen. Vielmehr werden sie die patientennahe Versorgungs- und Dienstleistungsstruktur durch die Hilfsmittelerbringer vernichten und die individuelle Wahlfreiheit des Patienten aufheben.

Während Ausschreibungen etwa im Baubereich der öffentlichen Hand nicht existenzgefährdend für die Betriebe sind, weil für die Betriebe auch andere Auftraggeber in Frage kommen, sind die Krankenkassen die einzigen Vertragspartner der Hilfsmittelerbringer und somit Nachfragemonopolisten. Diejenigen Leistungserbringer, die nicht den Zuschlag bei einer Ausschreibung erhalten, würden die gesamte Nachfrage verlieren. Sie wären dann nicht mehr existenzfähig. Eine Vielzahl von kleinen und mittelständischen Betrieben, die heute dauerhaft gegenüber den Patienten wohnortnah die Versorgung bereitstellen, würden vernichtet. Gerade die Vielfalt der Leistungserbringer fördert die Patientennähe, den Service- und Beratungswettbewerb und die dauerhafte vertrauensvolle Betreuung des Patienten in allen Fragen des Hilfsmittelgebrauchs. Dies gilt es zu erhalten, statt monopolistische und patientenferne Strukturen zu schaffen.

Daher sprechen folgende Gründe gegen das in den §§ 33, 127, 126 SGB V vorgesehene Ausschreibungsmodell bei gleichzeitiger Streichung des Zulassungsverfahrens:

- Ausschreibungen würden zu Gunsten einiger Großanbieter die Strukturen der mittelständischen Leistungserbringer zerstören. Als kleine und mittelständische Unternehmen sichern die orthopädietechnischen Betriebe und Sanitätshäuser die qualifizierte Beschäftigung von rund 36.000 Menschen und investieren überproportional in die qualifizierte Aus- und Fortbildung.
- Die Versicherten haben bei den geplanten Ausschreibung nicht mehr das Recht zur freien Wahl des Leistungserbringers. Vielmehr würden sie durch die Krankenkassen an einen Leistungserbringer verwiesen werden. Dies ist aber gerade bei der Versorgung der Patienten mit individuellen Hilfsmitteln sowie auch Hilfsmitteln, die in den Intimbereich gehen, nicht zumutbar. Hier muss die freie Wahl der Patienten zwischen den Leistungserbringern erhalten bleiben. Der Wegfall des Wahlrechtes der Patienten steht im Widerspruch zu der im Gesetzentwurf vorgesehenen Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten des Versicherten.
- Durch Ausschreibungen würden zahlreiche Leistungserbringer vom Markt verschwinden und der verschärfte Wettbewerb auf der Anbieterseite ad absurdum geführt. Den monopolistischen strukturierten Nachfragern (Krankenkassen) stünden schließlich nur noch monopolistisch strukturierte Leistungserbringer gegenüber – mit allen Konsequenzen für die innovativen mittelständischen Strukturen. Ausschreibungen führen also im Ergebnis nicht zu mehr, sondern zu weniger Wettbewerb bei Leistungen, Preisen und Qualität.
- Wenn als Folge von Ausschreibungen nur noch wenige Anbietergruppen und Großbetriebe bestünden, würde eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung der Versicherten gefährdet. Die Hilfsmittelerbringer wären nur noch überregional oder virtuell (im Internet) tätig. Gerade dies ist für die vielfach kranken und behinderten Hilfsmittelbezieher nicht zumutbar. Sie müssen nach wie vor einen Leistungserbringer ihres Vertrauens in erreichbarer Nähe aufsuchen können.
- Hilfsmittel werden in der Regel individuell und arbeitsintensiv angepasst. Die Gesamtleistung enthält eine Dienstleistungskomponente, in Form von Information und Beratung über den ordnungsgemäßen Gebrauch, die Pflege und die individuelle Anpassung bei der Erstversorgung und im Zuge der Folgeversorgung.
- Diese Dienstleistungen können nicht in Ausschreibungen berücksichtigt werden. Völlig zu Recht zählt das orthopädietechnische Handwerk wie alle Gesundheitshandwerke zu den gefahrgeneigten Gewerken. Damit besteht die Gefahr, dass die Dienstleistung zur Versorgung der Patienten bei Ausschreibungen verloren geht, da sich die Ausschreibungssieger und die Krankenkassen nur an den jeweils preisgünstigsten Angeboten orientieren.
- Durch Ausschreibungen besteht die Gefahr, dass die Innovationen im Hilfsmittelbereich in Zukunft unterbleiben. Wenn durch die Ausschreibungen jeweils nur das billigste Versorgungsangebot ermittelt wird, bleibt kein Raum, neue und damit zumindest in der Einführungsphase teurere Hilfsmittelversorgungen auf den Markt zu bringen. Sowohl die Leistungserbringer als auch die mit ihnen zusammenarbeitende Industrie im Hilfsmittelbereich würden dann auf Innovationen zwangsweise verzichten. Der weltweit führende Stand Deutschlands bei der Entwicklung von Hilfsmitteln und der Versorgung der Patienten ginge verloren. Damit sinkt die Versorgungsqualität in Zukunft deutlich!

- Durch die komplette Umgestaltung der mittelständischen und kleinbetrieblich strukturierten Gesundheitshandwerke zu nur noch wenigen Anbietern und Anbietergruppen bei Ausschreibungen wird auch die durch die Bundesregierung propagierte Mittelstandsförderung ad absurdum geführt. Gerade die kleinen und mittleren Betriebe, die gefördert werden sollen, würden durch eine Ausschreibung vernichtet. Dies kann nicht im Sinne der Wirtschaftsförderung und der Gesundheitspolitik sein.

## II. Bewertung der Reformansätze im einzelnen:

### Zu § 33 Abs. 6 des Gesetzentwurfes

§ 33 Abs. 6 des Gesetzentwurfes regelt folgendes:

*Die Versicherten können Leistungen nur von Leistungserbringern in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 SGB V versorgungsberechtigt sind.*

*Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.*

### **Änderungsvorschlag des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik**

*Versicherte können Leistungen nur von Leistungserbringern in Anspruch nehmen, die nach § 126 SGB V zur Versorgung zugelassen sind.*

Der Gesetzentwurf enthält eine Einschränkung bzw. Aufhebung des Wahlrechtes der Patienten lediglich für den Bereich der Hilfsmittelversorgung. Hierfür sind keine Gründe angegeben. Die Einschränkung des Patientenwahlrechtes steht im Widerspruch zur gesetzlichen Vorgabe nach § 2 Abs. 3 Satz 1 SGB V, bei der Auswahl der Leistungserbringer ihre Vielfalt zu beachten. Das Wahlrecht des Versicherten ist Ausfluss des Artikels 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes.

Der Gesetzentwurf räumt den Versicherten nur bei einem berechtigten Interesse ein Wahlrecht unter den Leistungserbringern ein, jedoch nur, wenn der Versicherte die Mehrkosten dafür übernimmt.

Dies ist aus unserer Sicht nicht vertretbar. Dem Versicherten werden damit zusätzliche Belastungen aufgebürdet, selbst dann, wenn er eine Leistung wählt, die medizinisch notwendig ist.

Zudem ist der Begriff „berechtigtes Interesse“ unzureichend definiert, es ist vorprogrammiert, dass die Krankenkassen diese Formulierung unterschiedlich auslegen. Damit ist Rechtssicherheit in diesem Punkt nicht gegeben.

## **Zu § 33 Abs. 7 des Gesetzentwurfes**

§ 33 Abs. 7 des Gesetzentwurfes regelt folgendes:

*Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrages.*

## **Änderungsvorschlag des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik**

*Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Für andere Hilfsmittel übernimmt die Krankenkasse die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern gemäß § 127 SGB V vereinbart wurde.*

Durch diese Regelung ist sichergestellt, dass die Krankenkassen zum einen nach der Ermittlung des niedrigsten Preises Leistungen auch von Nichtvertragspartnern in Anspruch nehmen können. Zum anderen ist damit klargestellt, dass die orthopädietechnischen Betriebe und Sanitätshäuser nach wie vor ein Anrecht zur Versorgung der Patienten haben und die Patienten ihre Wahlfreiheit zwischen den zugelassenen Leistungserbringern ausüben können.

## **Zu § 33 Abs. 8 des Gesetzentwurfes**

Im § 33 Abs. 8 SGB V ist zudem jetzt nochmals ausdrücklich geregelt, dass § 43 b Abs. 1 Satz 2 SGB V keine Anwendung findet. Dies bedeutet, dass die Betriebe gesetzliche Zuzahlungen, die die Patienten nicht geleistet haben, nach der ersten verborglichen Mahnung nicht an die Krankenkasse weitergeben können. Für die Betriebe ist das eine große Belastung. Die Summen der gesetzlichen Zuzahlungen sind im Einzelfall gering, ein zivilrechtliches Verfahren, um den Betrag bei den Patienten einzuklagen, ist aufwändig. In der Summe der Ausfälle ergibt sich für die Betriebe jedoch eine erhebliche Verringerung ihrer Einnahmen. Wir fordern daher, dass der Hinweis auf § 43 b, Abs. 1, Satz 2 SGB V insoweit geändert wird, dass dieser auch für die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln anwendbar ist und damit bei den Patienten nicht einbringbare Zuzahlungen an die Krankenkassen weitergegeben werden können.

## **Zu § 126 Abs. 1 des Gesetzentwurfes**

§ 126 Abs. 1 des Gesetzentwurfes regelt folgendes:

*Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur*

*Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.*

§ 126 Abs. 2 des Gesetzentwurfes regelt folgendes:

*Abweichend von Abs. 1, Satz 1 bleiben Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügen, bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt.*

## **Änderungsvorschlag des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik**

### §126 Abs. 1 SGB V

*Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Zuzulassen ist, wer eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet und die für die Versorgung Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.*

### §126 Abs. 2 SGB V

*Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen definiert die Voraussetzungen nach Abs. 1 einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer (zentrale Qualitätskriterien). Darüber hinaus können die Krankenkassen oder ihre Verbände mit den Verbänden der Leistungserbringer weitergehende Anforderungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und/oder Anpassung der Hilfsmittel in Verträgen festlegen.*

Mit der Zulassung der Ausschreibungen und der Verweisung der Patienten ausschließlich an den Ausschreibungsgewinner ist die Aufhebung des Zulassungsverfahrens nach § 126 SGB V verbunden. Die Zulassung soll nicht mehr durch einen Verwaltungsakt, wie bisher geregelt werden, in Zukunft sollen nur noch die Betriebe eine Zulassung besitzen, die einen Vertrag mit der Krankenkasse, sei es bei Ausschreibungen oder andere Vertragsformen besitzen. Nach einer Übergangsfrist sollen spätestens zum 1. Januar 2009 die bestehenden Zulassungen entfallen.

Damit wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, spätestens ab Januar 2009 Verträge nur noch mit ausgewählten Betrieben zu schließen. Welche Betriebe dies sind, ist in das Ermessen der Krankenkassen gestellt, willkürliche Entscheidungen sind damit vorprogrammiert. Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik fordert daher, dass das Zulassungsverfahren nach § 126 SGB V erhalten bleibt.

Der geplante Wegfall der Zulassung führt zu einem massiven Eingriff in das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit nach Artikel 12 des Grundgesetzes, da ein Leistungserbringer, der nur noch über Verträge mit den Krankenkassen eine Zulassung erhält, von diesen vom gesamten Leistungsgeschehen ausgeschlossen werden kann. Bei einem Abhängigkeitsgrad von ca. 84% der Umsätze von der gesetzlichen Krankenversicherung sind Betriebe damit nicht überlebensfähig, wenn wichtige Krankenkassen Verträge mit ihnen nicht abschließen.

Aus diesem Grund ist an dem Zulassungsverfahren nach § 126 SGB V festzuhalten. Die Zulassungskriterien müssten sicherlich überarbeitet werden, dies hat der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik schon seit Jahren vorgeschlagen.

Wir billigen auch zu, dass in einzelnen Versorgungsbereichen über die allgemein gefassten Zulassungskriterien hinaus eine differenziertere Voraussetzung für die Versorgung mit Hilfsmitteln gegeben sein kann. Dem dient der Zusatz, dass die Krankenkassen mit den Verbänden der Leistungserbringer ggf. über die allgemeinen Zulassungskriterien hinausgehende Anforderungen für die Abgabe von Hilfsmitteln in Verträgen vereinbaren können.

## **Zu § 127 Abs. des Gesetzentwurfes**

§ 127 Abs. 1 des Gesetzentwurfes regelt folgendes:

*Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibungen Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln oder die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungsleistungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei sind die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten.*

## **Änderungsvorschlag des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik**

*Der Bundesinnungsverband schlägt vor, den § 127 (Verträge) in der bisherigen Form zu belassen.*

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik lehnt das Ausschreibungsverfahren als Regelfall der Versorgung bei Hilfsmitteln ab. Individuell handwerklich angefertigte sowie angepasste Hilfsmittel und Hilfsmittel mit hohem Beratungsbedarf eignen sich nicht für eine Ausschreibung. Hier kommt es auf das freie Wahlrecht des Patienten und auf seine enge vertrauensvolle Beziehung zu den Sanitätshäusern und orthopädietechnischen Betrieben an.

Daher sollte es bei der vertraglichen Vereinbarung von Hilfsmittelversorgungen bleiben sowie bei der bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Möglichkeit durch Preisausschreibungen der Krankenkassen die niedrigsten Abgabepreise zu ermitteln, die dann im Wege der Bildung des unteren Preisdrittels auch für die anderen Leistungserbringer Geltung haben.

Selbst wenn man an Ausschreibungen festhalten sollte, ist der § 127 Abs. 1 und Abs. 2 in der Form des Gesetzentwurfes abzulehnen.

Der Entwurf zu § 127 Abs. 1 SGB V sieht vor, dass die Krankenkassen Ausschreibungen durchführen „sollen“. Durch den juristischen Begriff „sollen“ wird erklärt, dass die Ausschreibung die Regel in der Versorgung mit Hilfsmitteln und Reha-Mitteln ist. Die theoretisch daneben weiter bestehende Möglichkeiten zu Verträgen mit den Leistungserbringern oder auch Versorgungsleistungen nach dem Festbetrag sind erst in 2. oder 3. Linie möglich. Dies entspricht jedoch nicht der Realität der Hilfsmittelversorgung.

Ausschreibungen können nach unserer Sicht nur eine von mehreren gleichrangigen Möglichkeiten sein. Daher muss der Begriff, dass die Krankenkassen Ausschreibungen durchführen sollen in die Formulierung umgewandelt werden, dass Krankenkassen Ausschreibungen durchführen „können“. Durch den Begriff „können“ wird sowohl den Krankenkassen als auch den Leistungserbringern eine größere Flexibilität bei der Anwendung der Ausschreibungen ermöglicht.

Darüber hinaus ist in dem Gesetzentwurf nicht geklärt, wie die Ausschreibungen in der Praxis rechtlich gehandhabt werden sollen. In der Begründung findet sich nur ein Hinweis auf das allgemeine Ausschreibungsrecht.

Wenn der Gesetzgeber an Ausschreibungen festhält, muss daher im § 127 SGB V die Regelung aufgenommen werden, dass Ausschreibungen nach dem allgemeinen Ausschreibungsrecht nach der VOL-A erfolgen. Verbunden werden muss damit der Hinweis, dass damit auch der Rechtsschutz vor den Vergabekammern und daraus folgend den Zivilgerichten gewährleistet ist.

Ausschreibungen, die wegen des § 69 SGB V vor den Sozialgerichten überprüft werden müssten, würden im Rechtsschutz praktisch leer laufen. Die Verfahrensdauer vor den Sozialgerichten beträgt in der ersten Instanz heute 1 bis 2 Jahre. In diesem Zeitraum ist eine Ausschreibung bereits wirtschaftlich erledigt, bevor ein Sozialgericht überhaupt eine Entscheidung fällt. Daher ist die Überprüfung der Ausschreibung aus unserer Sicht zwingend auf den Zivilrechtsweg zu verweisen.

Im § 127 Abs. 2 des Gesetzentwurfes wird klargestellt, dass die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern schließen können, sofern Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind. Die Bezeichnung „zweckmäßig“ ist ein so genannter unbestimmter Rechtsbegriff, er ist in der Praxis kaum auszulegen. Wenn der Gesetzgeber an Ausschreibungen festhält fordern wir daher, dass dargestellt werden muss, dass Ausschreibungen im Bereich der individuell angefertigten oder angepassten Hilfsmittel und Reha-Mittel sowie bei Hilfsmitteln mit hohem Beratungsbedarf nicht zweckmäßig sind und daher nach wie vor im Vertragsrecht verbleiben.

### **III. Errichtung einer Schiedsstelle für die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den orthopädie-technischen Leistungserbringern**

#### **Gesetzliche Regelung/Status**

Für das Orthopädie-Techniker-Handwerk und die Sanitätshäuser existiert zur Zeit kein Schiedsamt, wie es zum Beispiel für das Zahntechniker-Handwerk im § 89 Abs. 7 und 8 SGB V geregelt ist.

#### **Verhalten der Krankenkassen**

Die Interessen der Leistungserbringer an einer ausreichenden Vergütung und angemessenen Vertragsbeziehungen zu den Krankenkassen müssen berücksichtigt werden. Dies ist bei der zunehmenden Marktmacht der Krankenkassen gefährdet. Wenn es daher zu keiner Einigung zwischen Krankenkassen und orthopädie-technischen Betrieben bei Festbetragsfestsetzungen oder sonstigen Vergütungen sowie vertraglichen Regelungen kommt, fordern wir für diese Situation die Einrichtung eines Schiedsamtes.

Bei Auseinandersetzungen wird von den Krankenkassen zunehmend auf die Beschreitung des Rechtsweges vor den Sozialgerichten verwiesen. Eine Klage vor den Sozialgerichten ist jedoch häufig keine ausreichende Lösung. Dies hängt vor allen Dingen damit zusammen, das bei Klagen über mehrere Instanzen bis zum Bundessozialgericht häufig ein Zeitraum von 5 – 7 Jahren vergeht. Eine auch für die Leistungserbringer positive Entscheidung des Bundessozialgerichtes käme daher aus wirtschaftlicher Sicht zu spät.

Als Beispiel kann kurz auf die Mehrwertsteuer-Festsetzung für Hilfsmittel verwiesen werden. Obwohl die Finanzbehörden für eine Reihe von Hilfsmitteln eine Mehrwertsteuersatz von 16% festgesetzt haben, zahlen viele Krankenkassen weiterhin nur 7% und verweisen zur Klärung auf den Rechtsweg. Unsere Mitgliedsbetriebe müssen damit über Jahre hinweg die erhöhte Mehrwertsteuer vorfinanzieren, was wirtschaftlich nicht möglich ist.

Daher muss ein Schiedsamt geschaffen werden, das bereits vorprozessual wichtige Entscheidungen zwischen den Krankenkassen und den orthopädie-technischen Betrieben und Sanitätshäusern klärt.

Dortmund, den 10. November 2006

**Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik**