

An den
Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Erthalstraße 1 • 55118 Mainz
Postfach 16 20 • 55006 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 96 56 0 - 0
Telefax: 0 61 31 / 96 56 0 - 40
info@biha.de
www.biha.de

Mainz, 6.11.2006

Stellungnahme der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG);

Sehr geehrte Damen und Herren,

der nun vorgelegte Entwurf betrifft die deutschen Hörgeräteakustiker im besonderen Maß. Obwohl der Anteil der GKV-Ausgaben für Hörsysteme sich 2005 auf 0,3 % der Gesamtausgaben beliefen und ein Kostenrückgang von 4,5 % gegenüber dem Jahr 2004 realisiert wurde, sollen nach Ansicht der Bundesregierung weitere drastische Ausgabenrückgänge realisiert werden.

Schon Ende 2004 erklärten die Spitzenverbände der Krankenkassen anlässlich des Inkrafttretens der bundeseinheitlichen Festbeträge für Hörhilfen, dass im Bereich der Hörhilfen keine weiteren Einsparungspotentiale mehr gesehen werden. Weitere Einsparungen würden daher aus Sicht der biha konsequenterweise zu Qualitätseinbußen führen.

I. Zu Änderungen des § 127 SGB V

Die Vorschrift des § 2 Abs. 3 SGB V sieht ausdrücklich die Vielfalt der Leistungserbringer vor. Sollte nunmehr eine Krankenkasse das Ausschreibungsverfahren gemäß der Neuregelung des § 127 Abs. 1 SGB V vorsehen, könnte nur noch ein bestimmter Leistungserbringer mit der ausschreibenden Krankenkasse zusammenarbeiten. Den Krankenkassen stünden schließlich nur noch monopolistisch strukturierte Leistungserbringer gegenüber, da die übrigen Leistungserbringer mangels eines Zulassungsverfahrens nicht mehr zur Erbringung von Leistungen zu Lasten der GKV berechtigt sind.

Die Abgabe eines Angebots zu einer öffentlichen Ausschreibung von Hörsystemen ist nur unter Absenkung der bestehenden Versorgungsqualität möglich. Wenn bei dem Festbetragsfestsetzungsverfahren keine Einsparungsreserven von der GKV gesehen werden, kann eine Ausschreibung zu keinem anderen Ergebnis führen, es sei denn, monopolistische Versorgungsstrukturen würden geschaffen werden. Eine freie Wahl des Leistungserbringers durch die Versicherten und eine wohnortnahe Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil wäre dann ausgeschlossen. Zufriedene Versicherte, die schon über viele Jahre und Jahrzehnte von einem Hörgeräteakustikerbetrieb versorgt wurden, müssten zu dem Ausschreibungsgewinner geschickt werden oder die Kosten selber tragen und dann um Erstattung bei der GKV bitten.

Angesichts von immer noch mehr als 250 Krankenkassen im System der GKV muss davon ausgegangen werden, dass einzelne Krankenkassen auch Ausschreibungen für Hilfsmittel mit einem hohen Dienstleistungsanteil durchführen werden.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen werden insbesondere Krankenkassen mit hohen Beitragssätzen sich veranlasst sehen, eine Ausschreibung durchzuführen, um ihre Versicherten im Versicherungsfall an den Ausschreibungsgewinner verweisen zu können, auch wenn dadurch eine wohnortnahe Versorgung nicht mehr gewährleistet wird. Auf eine wohnortnahe Versorgung sind aber insbesondere behinderte und ältere Menschen aufgrund ihrer oftmals eingeschränkten Mobilität angewiesen.

Für Hörhilfen haben die Krankenkassen schon frühzeitig vom Festbetragsfestsetzungsverfahren Gebrauch gemacht. Seit über 10 Jahren erfolgt die Vergütung dieses Hilfsmittels nach Festbeträgen, die bisher immer nur im Preis reduziert wurden. Die Hörgeräteakustikerbranche trägt somit schon seit vielen Jahren zur Kostendämpfung im Hilfsmittelbereich bei. Die Mitglieder der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker haben sich vertraglich verpflichtet, eine ausreichend und zweckmäßige Versorgung mit Hörsystemen zum Festbetrag zu gewährleisten. Die Hörgeräteakustiker sichern somit die Geltung des Sachleistungsprinzips.

Wir halten es für nicht systemkonform, wenn die Spitzenverbände zunächst ein umfangreiches Festbetragsverfahren durchführen und einzelne Krankenkassen anschließend noch Ausschreibungen vornehmen. Die in diesem Fall zu erwartenden Einsparungen dürften in keinem Verhältnis zu den Kosten stehen und ist somit unwirtschaftlich.

Aus diesen Gründen schlagen wir eine Klarstellung im künftigen § 127 Abs. 2 SGB V vor, die gewährleistet, dass das Instrument der Ausschreibungen auf solche Hilfsmittel keine Anwendung findet, die den Versicherten überwiegend individuell angepasst werden müssen

(Anlage 1)

Wir hatten unsere Bedenken hinsichtlich der praktischen Umsetzung des § 127 Abs. 3 Satz 3 SGB V schon in der Anhörung am 16.10.2006 dargelegt. Dabei wurde uns von Seiten des BMG erklärt, dass es nicht Intension des Gesetzgebers sei, dass die gesetzlichen Krankenkasse auch Vereinbarungen mit den Leistungserbringern über die möglicherweise zu erbringenden Eigenanteile der Versicherten gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 und § 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V treffen. Um Missverständnisse in der Umsetzung auszuschließen, schlagen wir vor, die Gesetzesbegründung zu § 127 (Nummer 93) um eine Formulierung zu ergänzen.

(Anlage 2)

II. Zu Änderungen des § 15 SGB V

Die Situation der deutschen Hörgeräteakustiker hat in den vergangenen Jahren eine dramatische Wendung genommen. Der Bundesgerichtshof hat in zwei wettbewerbsrechtlichen Entscheidungen zugestanden, dass Ärzte ihre Patienten mit Hörsystemen in ihren Praxen versorgen dürfen. Nach der Aussage des ehemaligen Vorsitzenden des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte beteiligen sich zurzeit ca. 500 HNO-Ärzte am so genannten „verkürzten Versorgungsweg“. Dabei geben HNO-Ärzte in Kooperation mit Hörgeräte-Versandhandelsfirmen Hörsysteme ab. Mit steigender Tendenz beteiligen sich Ärzte an der Abgabe von Hörsystemen, die sie selbst verordnet haben.

Das Oberlandesgericht Köln hat jüngst einer Aktiengesellschaft, die sich in überwiegender Mehrheit von Ärzten befindet, Recht gegeben, dass HNO-Ärzte in Zusammenarbeit mit der AG die komplette Hörsystemversorgung im Rahmen des „Verkürzten Versorgungsweges“ in ihrer Praxis vornehmen und hierfür ein Honorar entgegen nehmen dürfen. Auch sei dies möglich, wenn sie zugleich Aktionäre der AG sind und über mögliche Dividendenzahlungen an deren Gewinn partizipieren.

Damit wird aus unserer Sicht das Gebot der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung unterlaufen. Da die Ärzte in der Regel über das Monopol verfügen, den Gesundheitszustand des Patienten zu definieren und daraus ggf. weitere Therapien und Rehabilitationsleistungen abzuleiten, können sie nachhaltig in den Leistungserbringerwettbewerb eingreifen. Das ärztliche Verordnungsmonopol versetzt sie in die Lage, die Nachfrage nach den entsprechend indizierten Leistungen maßgeblich zu steuern und damit auch die Ausgaben und Kosten der Krankenkassen zu beeinflussen.

Die Direktversorgung der Schwerhörigen mit Hörsystemen durch Ärzte gefährdet eine qualitativ hochwertige Versorgung. Die gefahrengeneigten Hörgeräteakustiker sind aufgrund ihrer langjährigen Ausbildung für die Versorgung mit Hörsystemen umfassend qualifiziert, während der HNO-Arzt zur Heilbehandlung ausgebildet ist.

Um die Position der Hörgeräteakustiker als gleichwertige Partner bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zu stärken, sollte der § 15 Abs. 3 SGB V ergänzt werden.

(Anlage 3)

II. Zu Änderungen des § 126 SGB V

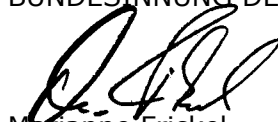
Um fehlsteuernde Anreize zu vermeiden, muss aus Sicht der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker gesetzlich klargestellt werden, dass Vertragsärzte grundsätzlich nicht zur Abgabe von Hilfsmitteln befugt sind.

Mit der entsprechenden Regelung würde verhindert, dass der Arzt seine ärztliche Verordnung eines Hilfsmittels mit der Verfolgung eigener erwerbswirtschaftlicher Zwecke verbindet. Zudem wäre gewährleistet, dass der Arzt seine Monopolstellung als Verordner nicht aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus missbraucht.

(Anlage 4)

Mit freundlichen Grüßen


BUNDESTINNING DER HÖRGERÄTEAKUSTIKER KdÖR



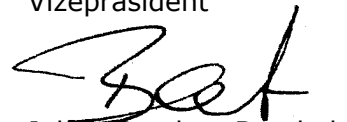
Marianne Frickel
Präsidentin



Jürgen Matthies
Vizepräsident



Christian Wette
Vizepräsident



Jakob Stephan Baschab
Hauptgeschäftsführer

Anlagen

Anlage 1

§ 127 SGB V

(1) **1** Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. **2** Dabei sind die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten.

(2) **1** Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringern über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung.

2 Eine Ausschreibung ist in der Regel nicht zweckmäßig, wenn das Hilfsmittel dem Versicherten überwiegend individuell angepasst werden muss.

3 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. **4** Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.

Anlage 2

Gesetzesbegründung (Nummer 93) zu § 127 SGB V

„... vereinbarten Preisen (in den Fällen des § 33 Abs. 6 Satz 3) zu übernehmen hat. **Die Einzelvereinbarungen beziehen sich auf die Leistungspflicht der Krankenkasse und nicht auf die privatrechtlichen Einzelvereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Versicherten.**“

Anlage 3

§ 15 Abs. 3 SGB V

„(3) für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. **Die Feststellung der Notwendigkeit einer Hilfsmittelsversorgung erfolgt durch den Arzt gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7 oder durch den Leistungserbringer gemäß § 126. Die Krankenkasse soll in der Regel einen Berechtigungsschein ausstellen, wenn für das Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt wurde.** Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.“

Anlage 4

§ 126 Abs.1 SGB V

„Verordnende Vertragsärzte können keine Vertragspartner im Sinne dieser Vorschrift sein. Soweit ein Vertragsarzt ein Hilfsmittel verordnet, darf er weder entgeltlich Tätigkeiten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erbringen noch sich unmittelbar an der Abgabe beteiligen.“