


An die Vorsitzende des  
Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages  
Frau Dr. Carola Reimann  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
**17(14)0271(43)**  
gel. VB zur öAnh. am 21.5.  
12\_Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz  
21.05.2012

Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.  
Reinhardtstraße 29b  
10117 Berlin  
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0  
Fax +49 (0)30 246 255 - 99  
info@bvmed.de  
www.bvmed.de

Berlin, 21. Mai 2012  
Sch/Kl  
 -11/-23

### Stellungnahme des BVMed zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses zum

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung  
**Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)**  
BT-Drs. [17/9369](#) und die Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen auf Ausschussdrucksache 17(14)0269
- b) Antrag der Fraktion DIE LINKE  
**Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen**  
BT-Drs. [17/9393](#)
- c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung - Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest**  
BT-Drs. [17/9566](#)

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

**aufgrund der extrem kurzen Ladungsfrist von einer Woche beschränkt sich der BVMed in seiner Stellungnahme nur auf den Punkt 7. des Änderungsantrages 4 der Ausschussdrucksache 17(14)0269, der wie folgt lautet:**

*„....7. Nach Nummer 1b – neu – wird folgende Nummer 1c – neu - eingefügt:*

*„1c. Nach § 33 Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:*

*„(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.“*

Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:

Die vorliegende Regelung ist aus unserer Sicht missverständlich formuliert, da keine Unterscheidung zwischen Erst- und Folgeverordnung gemacht wird. Damit besteht die Gefahr, dass heute bereits verschlankte Prozesse wieder aufgebläht werden. Wir schlagen daher vor, entweder zu regeln, dass für die Hilfsmittelversorgung keine Verordnung notwendig ist und die Einzelheiten der medizinischen Dokumentation den Vertragspartnern überlassen sind oder eine Konkretisierung der Vorschrift vorzunehmen, dass zwischen Erst- und Folgeverordnung unterschieden wird.

Hintergrund der geplanten Regelung ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) und die Intention, die Verwaltung zu vereinfachen. Aus unserer Sicht geht jedoch die BSG-Rechtsprechung noch weiter als die geplante Neuregelung. Diese ist so zu interpretieren, dass eine Verordnung nicht zwingend Voraussetzung für die Dokumentation der medizinischen Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung ist.

1. **Die medizinische Notwendigkeit kann auch durch Dokumentationen oder ähnliche Instrumente nachvollzogen werden. Das ist anders bei Arzneimitteln und Heilmitteln, wo immer eine Verordnung notwendig ist. Die Neuregelung ist zu streichen, da sie die Entscheidungen des BSG unnötig einschränkt. Inwiefern im Versorgungsprozess eine Verordnung sinnvoll und richtig ist, sollte Gegenstand der Regelungen der Verträge nach § 127 SGB V sein.**

oder

2. Die Idee, die Verwaltung zu verschlanken, kann alternativ auch durch den Verzicht von Folgeverordnungen für die Abrechnung der Leistungen erfolgen. Dadurch würde bei unveränderter Diagnose die Abrechnung auf Basis der Erstverordnung bis auf weiteres erfolgen und ggf. sogar eine Genehmigung bis auf weiteres ermöglichen.

Der vorgesehene Absatz könnte dann wie folgt um einen Satz 3 ergänzt werden: „...**Bei dauerhaft benötigten zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln sind gleichlautende ärztliche Verordnungen nach erstmaliger Verordnung generell nicht notwendig.**“

Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht.

Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 die Möglichkeit eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei erfolgen kann, jedoch soll ein Verzicht auf die vertragsärztliche Verordnung nach erfolgter Erstverordnung bei dauerhaft benötigten zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln erfolgen. Weitere Details sind in den Verträgen zu regeln.

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e. V.



Joachim M. Schmitt  
Geschäftsführer  
Mitglied des Vorstands