

# BVMed-Stellungnahme

## Zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinien

### I. Allgemeines

Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) hat am 20. Juli 2010 den Entwurf zur Änderung der Hilfsmittel-Richtlinien mit Stand vom 16. Oktober 2008 erhalten.

Wir möchten zunächst noch einmal unseren generellen Wunsch nach einer angemessenen Frist für die Stellungnahme zum Ausdruck bringen. Die vom G-BA eingeräumte Frist ist für uns äußerst kurz bemessen, um eine sachlich fundierte Stellungnahme abzugeben.

Insgesamt ist die geplante Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinien in der vorliegenden Fassung des G-BA vom 15.07.2010 zu befürworten. Sie schließt an vielen Stellen zur Realität auf: Vorgehensweisen, die längst praktiziert werden, werden jetzt kodifiziert. Unklarheiten und Hindernisse in der Versorgung werden beseitigt. Vorsorge wird (wieder) als eigenständiger Versorgungsanspruch entsprechend § 23 SGB V in die Richtlinie aufgenommen.

### II. Inhaltliche Ausführungen zum Anhörungsentwurf

#### Zu A. Allgemeines

##### § 1 (1), neuer Satz 2

##### Vorschlag

Die Hilfsmittel-Richtlinien sollten in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst werden.

##### Begründung

Beim Hilfsmittelbereich handelt es sich um einen sehr dynamischen Bereich hinsichtlich des medizinischen Fortschritts und der ärztlichen Kunst. Somit besteht ein fortwährender Anpassungsbedarf.

sungsbedarf. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Versicherte auch immer die für ihn medizinisch notwendigen Hilfsmittel erhält.

### **§ 3 (1), dritter Spiegelstrich**

#### **Vorschlag**

- eine Behinderung ~~bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens~~ **unmittelbar** auszugleichen,

#### **Begründung für „unmittelbar“**

Die Versorgung mit Hörgeräten dient nach aktueller Rechtsprechung des BSG vom 17.12.2009 dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Daher sollte schon hier dieser Aspekt der Entscheidung des BSG aufgenommen werden.

#### **Begründung für die Streichung**

§ 3 Abs. 1 der geplanten Hilfsmittelrichtlinie legt im dritten Aufzählungspunkt den Versorgungsanspruch strenger aus, als dieses im § 33 SGB V tatsächlich vorgenommen wird. Die Einschränkung, Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung können nur dann erstattet werden, wenn sie Grundbedürfnisse des täglichen Lebens tangieren, widersprechen dem Artikel 3 des Grundgesetzes und könnten in der jetzigen Formulierung zu einer missverständlichen, für Behinderte benachteiligenden, Auslegung führen. Bei der Auslegung des Hilfsmittelbegriffes ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu berücksichtigen.

Die Begriffe „Grundbedürfnisse“ und „Gebrauchsgegenstände“ sind hier nicht ausreichend definiert. Insofern stellt die Verwendung der Begriffe keine klare Berechtigung bzw. Abgrenzung dar. „Grundbedürfnisse“ sind ein im Rahmen ständiger Rechtsprechung sehr eingeschränkter Begriff und dieser beinhaltet z. B. nicht das Verlassen der Wohnung zur Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen oder Treffen von Selbsthilfegruppen. Deshalb halten wir es für sinnvoll, den Gesetzestext des § 33 SGB V auch in der Hilfsmittel-Richtlinie zu übernehmen.

### **§ 3 (1) Satz 2**

#### **Kommentar**

Eine Ergänzung in Bezug auf die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wäre wünschenswert.

#### **Begründung**

Der bloße Verweis auf die Rehabilitationsziele des § 26 Abs. 1 SGB IX wirft die Frage auf, wann und unter welchen Voraussetzungen eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht. Der Hinweis in Ziffer 2.2.1 der Tragenden Gründe auf die allgemeine Regelung in § 3 Abs. 2 der Hilfsmittel-Richtlinie hilft nicht weiter.

### **§ 3 (3) neuer Spiegelstrich 3**

### **Vorschlag**

- Leistungen in stationärer Krankenbehandlung oder Rehabilitation

### **Begründung**

In der Praxis fordern die Ärzte und Kliniken die Belieferung ihrer Patienten mit Hilfsmitteln während des stationären Aufenthaltes durch den ambulant versorgenden Leistungserbringer. Die Krankenkasse erstattet dem ambulanten Leistungserbringer zu Recht nicht den Zeitraum der stationären Versorgung, da die benötigten Hilfsmittel für diesen Zeitraum in der stationären Vergütung (DRG) enthalten sind. Hier sehen wir dringenden Regelungsbedarf.

### **§ 3 (3)**

#### **Kommentar**

Wir begrüßen die Streichung der Unterpunkte a-c, f und g. Die Konsequenzen sind jedoch teilweise unklar.

#### **Begründung**

Es ist aus unserer Sicht wünschenswert, dass die Hilfsmittelrichtlinien keine Regelungen zur Abgrenzung zu Leistungen anderer Kostenträger treffen, die möglicherweise anderen, z. T. gesetzlichen und daher übergeordneten Regelungen widersprechen. In Bezug auf die Unterpunkte f und g stellt sich uns jedoch die Frage, aufgrund welcher Rechtsgrundlage die Streichung bzw. die Auflage des BMG erfolgen und welche Konsequenzen die Streichung hat. Können aufgrund der Streichung z. B. künftig Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden, die der Vorhaltepflcht von Pflegeeinrichtungen unterliegen?

### **§ 4 (4) ergänzen**

#### **Vorschlag**

Die Krankenkassen, ihre Verbände und Arbeitsgemeinschaften stellen in den Verträgen nach § 127 **Abs. 1 und Abs. 2 sowie in Einzelvereinbarungen nach Abs. 3** SGB V sicher, dass bei der Abgabe von Hilfsmitteln die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Qualitätsanforderung an die Produkte und die zusätzlich zu erbringenden Leistungen beachtet werden **und dass nur gemäß § 126 SGB V geeignete Leistungserbringer die Abgabe von Hilfsmitteln vornehmen.**

#### **Begründung**

Zur Klarstellung erscheint es uns sinnvoll, darauf hinzuweisen, dass auch bei einer Abgabe von Hilfsmitteln per Einzelvereinbarungen nach § 127 (3) SGB V die nach § 139 SGB V geforderten Qualitätsanforderungen gelten und die Leistungserbringer gemäß § 126 SGB V geeignet sein müssen.

### **§ 5 (3) neuer Satz 2**

### **Vorschlag:**

Bis zur rechtskräftigen Bescheidung der medizinischen Notwendigkeit durch den MDK hat die Krankenkasse die verordnete Menge zu erstatten, so dass die Verordnung ausgeführt werden darf.

### **Begründung**

Die bestehende Regelung, dass der MDK auf Veranlassung der Krankenkasse eine Erforderlichkeitsprüfung der Hilfsmittelversorgung durchführen kann, führt in der Praxis zu nicht akzeptablen Unsicherheiten für den Patienten und den versorgenden Leistungserbringer. Hier wird davon ausgegangen, dass die Erforderlichkeitsprüfung vor der Genehmigung der Hilfsmittelversorgung durchgeführt wird. In der Praxis wird insbesondere bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln eine Mengenprüfung der verordneten Menge vorgenommen. Diese führen regelmäßig zu der Situation, dass die langwierige Prüfung die notwendige, schnelle Versorgung verzögert. Eine Verpflichtung der Krankenkasse, die verordnete Menge bis zur Bescheidung zu erstatten, führt zum Anreiz einer zeitnahen Prüfung durch den MDK. Unabhängig von der MDK-Prüfung wird damit für den Versicherten eine schnelle und für den Leistungserbringer rechtssichere Versorgung ermöglicht (Beispiel Tracheostomaversorgung hinsichtlich des Mengengerüsts von Kanülen, Absaugkathetern etc.).

### **§ 6 (3) Satz 2**

#### **Kommentar**

Die Formulierung „realistische, für den Versicherten alltagsrelevante Anforderungen“ halten wir für unverständlich und auslegungsbedürftig. Daher sollte die Formulierung konkretisiert werden.

### **§ 7 (3) Satz 3 ergänzen**

#### **Vorschlag**

Hält es die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihr oder ihm freigestellt, in diesen Fällen unter Verwendung **der konkreten Produktbezeichnung oder** der 10-stelligen Positionsnummer eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen.

#### **Begründung**

Da gemäß Satz 1 eine Produktart nicht nur durch die Angabe der 7-stelligen Positionsnummer, sondern auch durch die Benennung der Produktart gemäß dem Hilfsmittelverzeichnis verordnet werden kann, sollte auch die Verordnung eines Einzelprodukts auf beiden Wegen möglich sein.

### **§ 7 (3) Satz 4 und 5**

### Vorschlag

Satz 4 und 5 sollten ersatzlos gestrichen werden.

### Begründung

Wenn der Arzt sich entscheidet ein konkretes Hilfsmittel zu verordnen, sollte dies ohne erhöhten Aufwand möglich sein. Die Therapieentscheidung und -verantwortung sollte allein beim Arzt liegen. Die geforderte Begründung hätte in der täglichen Praxis die Folge, dass die im Einzelfall notwendige konkrete Verordnung unterbleibt. Im Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen), Stand: 01.07.2010, heißt es in § 16, Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln: „Die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln liegt in der Verantwortung des Vertragsarztes; [...].“ Wie soll der Arzt diese Verantwortung wahrnehmen, wenn er nicht weiß, welches Hilfsmittel im Einzelfall abgegeben wird, bzw. wenn ihm die Übernahme dieser Verantwortung durch zusätzlichen bürokratischen Aufwand erschwert wird?

Entsprechend §127 SGB V erfolgt die Abgabe von Hilfsmitteln weitgehend über Monatspauschalen, D. h. Menge, Art und Qualität der abgegebenen Hilfsmittel bestimmen unmittelbar das Einkommen des Leistungserbringers. Es besteht die Gefahr, dass hier die medizinische Notwendigkeit des Einzelfalls nur von untergeordneter Bedeutung ist.

Laut Vorgaben des Hilfsmittelverzeichnisses sollen in einer Produktart (7-Steller) in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Hilfsmittel zusammengefasst werden. Die Praxis hat jedoch in vielen Fällen gezeigt, dass dies nicht immer erfolgt ist. In § 7 Absatz 2 Satz 1 des vorliegenden Entwurfs heißt es: „In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen.“ Diese Vorgabe wird nur durch die Angabe der 10-stelligen Positionsnummer erfüllt und durch die Angabe der 7-stelligen Positionsnummer konterkariert.

## Zu C. Hörhilfen

### § 19 (1), a) und b) ergänzen

#### Vorschlag

- a) ein Funktionsdefizit des beidohrigen Hörvermögens unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts **im Sinne eines unmittelbaren Behinderungsausgleichs** möglichst weitgehend **vollständig funktionell** auszugleichen sowie
- b) die Auswirkungen einer auditiven Kommunikationsbehinderung im gesamten täglichen Leben und damit bei der Befriedigung von ~~allgemeinen~~ Grundbedürfnissen **unmittelbar** zu beseitigen oder zu mildern **vollständig funktionell auszugleichen**.

#### Begründung

Die Ergänzungen in a) und b) sowie die Streichung von „weitgehend“ in a) und in b) von „allgemeinen“ und „oder zu mildern“ erfolgten unter Berücksichtigung der Inhalte der o. g. Entscheidung des BSG. Danach ist im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs die

Hilfsmittelversorgung grundsätzlich von dem Ziel eines vollständigen funktionellen Ausgleichs geleitet.

### **§ 19 (3) und (4)**

Wir befürworten den Beschlussvorschlag Position B.

### **§ 21, neuer Absatz (4)**

#### **Vorschlag**

Alter Absatz (4) wird zu Absatz (5).

Absatz (4) soll wie folgt neu gefasst werden:

***(4) Der Nachweis des Nutzens einer beidohrigen Hörgeräteversorgung kann mit dem Freiburger Einsilbertest im Störschall erfolgen, indem zunächst das Ergebnis bei einohriger HG-Versorgung bestimmt wird. (Messanordnung: Sprache von vorne / das zum Einsilbertest gehörende Störgeräusch von 90° auf der versorgten Seite). Der Nutznachweis einer beiseitigen Versorgung ist erbracht, wenn in derselben Messanordnung bei beidseitiger Hörgeräteversorgung eine Verbesserung von mindestens 10 Prozentpunkten erreicht wird.***

#### **Begründung**

Da der Freiburger Sprachtest auch weiterhin zur Überprüfung genutzt werden kann, sollte dieser auch als Nachweis des Nutzens anwendbar bleiben.

### **§ 22, neuer Absatz (2)**

#### **Vorschlag**

Alter Absatz (2) wird zu Absatz (3),

alter Absatz (3) wird zu Absatz (4).

Absatz (2) soll wie folgt neu gefasst werden:

***(2) Bei der Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses mit dem Freiburger Einsilbertest im freien Schallfeld (DIN ISO 8253-2) soll der Gewinn mit Hörgerät beim Sprachverstehen im Störgeräusch mindestens 10 Prozentpunkte betragen, sofern bei 65 dB ohne Hörgerät noch ein Einsilberverstehen ermittelbar ist. Soweit ohne Hörgeräte ein Punkt maximalen Einsilberverstehens noch zu registrieren ist, soll diesem bei 65 dB möglichst nahe gekommen werden.***

**(3) *Alternativ kann*** zum Nachweis des Nutzens der Hörgeräteversorgung auf dem schlechteren Ohr mit dem OLSA (nach Ausschluss von Trainingseffekten) oder dem GÖSA zunächst hörhilfenunversorgt die 50 % Sprachverständlichkeitsschwelle im sprachsimulierenden Störschall bestimmt **werden** (Messanordnung: Sprache von vorne / Störgeräusch von 90°

aus Richtung der besseren Seite). Der Nachweis des Nutzens ist erbracht, wenn nach Hörhilfenversorgung des schlechteren Ohres in derselben Messanordnung im Satztest im Vergleich eine Verringerung der 50 % Sprachverständlichkeitsschwelle 1,5 ( $\geq 1,5$ ) dB erzielt wird.

### **Begründung**

Da der Freiburger Sprachtest auch weiterhin zur Überprüfung genutzt werden kann, sollte dieser auch als Nachweis des Nutzens anwendbar bleiben.

### **§ 27 Verordnung**

#### **Vorschlag**

Wir befürworten den Beschlussvorschlag Position C, schlagen jedoch noch folgende Ergänzung vor: ***Auf eine vertragsärztliche Verordnung kann verzichtet werden bei Verlust oder irreparabilem Defekt des bisher getragenen Gerätes.***

#### **Begründung**

Aus unserer Sicht sollte auch die Folgeversorgung mittels ohrenärztlicher Verordnung erfolgen, da der Arzt auf diese Weise die Progredienz der Schwerhörigkeit dokumentieren kann und der Patienten rechtzeitig alternativen Versorgungs-, z. B. implantierbaren Therapie-Ebenen, zugeführt werden kann. Die weitere Ergänzung dient der Verwaltungsvereinfachung.

**§ 28 (3) Satz 3**

Wir befürworten den Beschlussvorschlag Position B.

**§ 29 (1)**

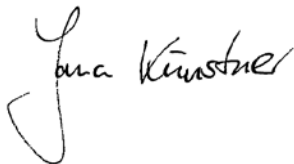
Wir befürworten den Beschlussvorschlag Position B.

**III. Fazit**

Der BVMed unterstützt die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinien und spricht sich für eine regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung dieser aus. So ist gewährleistet, dass der Versicherte auch künftig die medizinisch notwendigen Hilfsmittel nach dem aktuellen Stand der Medizin und Technik erhält. Die Hilfsmittel-Richtlinien dürfen jedoch den Leistungsanspruch des Versicherten nicht einschränken, sondern sollen den Vertragsarzt bei seiner Therapieentscheidung unterstützen. Daher sollten die oben aufgeführten Vorschläge Eingang in die Neufassung der Hilfsmittel-Richtlinie finden. Für ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Berlin, 18. August 2010

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.



Jana Künstner  
Leiterin Referat Homecare



Daniela Piossek  
Leiterin Referat Krankenversicherung