



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-56
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit
Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren
Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) e. V.**

zu

**den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/ CSU und SPD
auf Ausschussdrucksache 18 (14) 226.2
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und
Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz- HHVG)
BT-Drucksache 18/10186,**

**Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
„Fairen Wettbewerb in der Gesetzlichen
Krankenversicherung ermöglichen - Weiterentwicklung des
morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs
vorantreiben“
BT-Drucksache 18/10252**

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 13. Februar 2017 -

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich die vorgesehenen Änderungsanträge.

Die BAG SELBSTHILFE sieht das **Upcoding von Diagnosen** auch als **Risiko für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen** an. Denn wenn einige Kassen durch die Manipulationen höhere Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten haben, so verschärft und verzerrt dies nicht nur den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Es kann vielmehr zu Mehrbelastungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen führen.

So werden die „ehrlichen“ Krankenkassen versuchen, durch Einsparungen Zusatzbeiträge zu vermeiden; häufig geschieht dies durch die Vereinbarung niedriger Festbeträge bei Hilfsmitteln, vermehrten Ausschreibungen und - in letzter Zeit zunehmend - Vereinbarung von Arzneimittelrabattverträgen ohne Zuzahlungsbefreiung für die Versicherten. Bei anderen Krankenkassen werden hingegen Zusatzbeiträge erhoben, was dann wiederum zu einer höheren Beitragsbelastung von Menschen mit Behinderung führt.

Insoweit stellen die in den Änderungsantrag 1 genannten gesetzlichen Klarstellungen und Maßnahmen gegen das sog. Upcoding auch eine Verbesserung für die Versorgung von vielen Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen dar.

Als grundlegende Verbesserung für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen wird auch die vorgesehene **Änderung der Regelung zu den Hochschulambulanzen** angesehen. Gerade die Patientenvertretung hat sich

nachdrücklich für die Umsetzung des alten und neuen § 116b eingesetzt; viele der im GBA erarbeiteten Konkretisierungen wurden von ihr vorangetrieben. Menschen mit seltenen und komplexen Krankheitsbildern benötigen häufig eine stärker interdisziplinär ausgerichtete Behandlung, welche durch die ASV (§ 116b neu), aber nunmehr auch stärker durch die Hochschulambulanzen geleistet werden kann. Umso ärgerlicher ist für die BAG SELBSTHILFE die Tatsache, dass die Vereinbarungen hierüber nicht innerhalb der gesetzlichen Frist zustande gekommen sind und es dann einer Schiedsstellenregelung bedurfte, um überhaupt die Rahmenvorgaben festzulegen; die in § 120 festgelegte Fristsetzung für die nunmehr folgenden Verhandlungen auf Ortsebene wird angesichts dieses Verlaufes für dringend notwendig angesehen. Auch wenn die BAG SELBSTHILFE der Auffassung ist, dass auf der Ortsebene nur die Frage des leistungsberechtigten Personenkreises nach regionalen Besonderheiten regelbar ist, steht zu befürchten, dass die Auffassung vertreten wird, hier könne - wegen der Formulierung einer „Kann“-Regelung im Änderungsantrag i.V.m. den Regelungen des § 120 - auch der Leistungsumfang geregelt werden. Die Regelung des Leistungsumfanges hatte bei der ASV im GBA jedoch zur Folge, dass bestimmte Diagnostika und Behandlungsmethoden, die außerhalb des EBM lagen, nur für kleine abgegrenzte Indikationsbereiche einsetzbar sind, was wiederum gerade dem nun beabsichtigten Grundsatz einer „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt“ widerspricht. Zudem dürfte dann ein völlig uneinheitlicher Leistungsumfang der Hochschulambulanzen - je nach Krankenhaus und Vereinbarung - entstehen. Vor diesem Hintergrund wird angeregt, den Grundsatz nicht als „Kann-Regelung“ auszugestalten, sondern eine weitergehende Lösung zu finden.

Die vorgesehenen **Maßnahmen in Änderungsantrag 3 zur Verbesserung der Zielgenauigkeit des MorbiRSA** werden begrüßt; auch die im Antrag der Fraktion **BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN** enthaltene Forderung nach einer **grundlegenden Evaluation des MorbiRSA** wird unterstützt.

Insgesamt vertritt die BAG SELBSTHILFE seit Jahren die Auffassung, dass der MorbiRSA durch seine **Begrenzung auf 80 Krankheiten in vielen Fällen die Kosten der jeweiligen Erkrankung nicht zielgenau** abbildet. Durch die Zusammenführung von verschiedenen Erkrankungen zu einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe (HMG)

besteht oft eine sehr hohe Streubreite der Krankheitskosten; die Erstattung erfolgt jedoch mit einem Durchschnittsbetrag. Gerade bei Erkrankungen, wie etwa bei bestimmten Formen der Hämophilie oder der Mukopolysaccharidosen hat dies jedoch zur Folge, dass die im Rahmen des MorbiRSA den Kassen erstatteten Kosten um ein Vielfaches niedriger sind als die tatsächlichen Kosten einer solchen Erkrankung. So war beispielsweise in der Vergangenheit eine bestimmte Form der Mukopolysaccharidosen mit Therapiekosten in sechstelliger Höhe verbunden, die Erstattung aus dem Gesundheitsfonds betrug jedoch nur 1.400 €.

Derartige Erkrankungen mit hohen Kosten und vergleichsweise niedrigen Ausgleichszahlungen werden damit zu einem Kostenrisiko für die jeweilige Krankenkasse. Für Patientinnen und Patienten hat dies in der Praxis leider zur Folge, dass von den Krankenkassen in vielen Fällen die Übernahme von Behandlungskosten abgelehnt wird, trotzdem diese Behandlungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind. Teilweise versuchen manche Krankenkassen, derartig kostenintensive Patientinnen und Patienten gegen die geltende Rechtslage zu einem Wechsel ihrer Krankenkasse zu veranlassen; für die Betroffenen sind derartige Praktiken natürlich in höchstem Maße belastend.

Aus diesem Grunde befürwortet die BAG SELBSTHILFE auch die Idee eines (Hoch-) Risikopools als einen ersten Schritt zu einer höheren Zielgenauigkeit des MorbiRSA und einer erhöhten Verteilungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Krankenkassen. Auf lange Sicht müsste jedoch aus Sicht der BAG SELBSTHILFE seitens des Gesetzgebers die Anzahl der zu berücksichtigenden Krankheiten auf mindestens 200 - 300 Krankheiten erhöht werden, wie dies ja auch bereits im Gutachten zum MorbiRSA vorgeschlagen wurde. Zudem müsste insbesondere für die vielen seltenen Erkrankungen eine Generalklausel geschaffen werden, damit auch diese Erkrankungskosten hinreichend im MorbiRSA abgebildet werden können.

Zu den einzelnen Änderungsanträgen nimmt die BAG SELBSTHILFE wie folgt Stellung:

1. Verhinderung unzulässiger Diagnosebeeinflussung (Änderungsantrag 1)

Die BAG SELBSTHILFE sieht das Upcoding von Diagnosen auch als Risiko für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen an. Denn wenn einige Kassen durch die Manipulationen höhere Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten haben, so verschärft und verzerrt dies nicht nur den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Es kann vielmehr auf die eine oder andere Art zu Mehrbelastungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen führen: So werden die „ehrlichen“ Krankenkassen versuchen, durch Einsparungen Zusatzbeiträge zu vermeiden; häufig geschieht dies durch die Vereinbarung niedriger Festbeträge bei Hilfsmitteln, vermehrten Ausschreibungen und - in letzter Zeit zunehmend - Vereinbarung von Arzneimittelrabattverträgen ohne Zuzahlungsbefreiung für die Versicherten. Bei anderen Krankenkassen werden vermehrt Zusatzbeiträge erhoben, was dann wiederum zu einer höheren Beitragsbelastung von Menschen mit Behinderung führt. Dabei greift das Argument einer Wechselmöglichkeit gerade bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen nicht: Gerade chronisch kranke und behinderte Menschen fühlen sich jedoch häufig eher an „ihre“ Krankenkasse gebunden oder fürchten, dass sie - wegen ihrer chronischen Erkrankung oder Behinderung - keine andere Krankenkasse finden. In anderen Fällen stehen der Wechselmöglichkeit praktische Gründe entgegen, etwa die Einbindung in einen IV-Vertrag.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAG SELBSTHILFE die vorgenommenen Klarstellungen, wonach weder § 140a SGB V noch § 82, 83 SGB V zur Begründung der beanstandeten Betreuungsstrukturverträge herangezogen werden können und die entsprechenden Verträge unverzüglich zu beenden sind.

Explizit begrüßt wird die Verankerung einer Mitwirkungspflicht der Krankenkassen, an der Prüfung eines Upcodings mitzuwirken. Denn gerade in den Fällen, in denen der Vorwurf berechtigt ist, wird ein erhebliches Verzögerungsinteresse der Krankenkasse vorhanden sein. Auch die Klarstellung, dass es nicht Aufgabe der Krankenkassen Ärzte zur Dokumentation und Vergabe der Diagnose zu beraten, wird positiv gesehen.

2. Leistungsumfang der Hochschulambulanzen (Änderungsantrag 2)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Regelung sehr und teilt die Auffassung, dass die Einführung einer Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt angesichts der Komplexität, Schwere oder Art des dort zu behandelten Krankheitsspektrums sachgerecht ist, zumal die erforderliche Interdisziplinarität der einer Krankenhausbehandlung entspricht und eine Überweisung durch einen Facharzt erfolgen soll. Gerade für Menschen mit seltenen Erkrankungen, aber auch für Menschen mit komplexen Krankheitsbildern ist diese Möglichkeit einer interdisziplinären Behandlung - auch mit Methoden, welche im ambulanten Bereich nicht verfügbar sind - ein wichtiger Faktor zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation.

Zu berücksichtigen ist dabei insbesondere, dass neue „Methoden“ im ambulanten Bereich erst nach Antrag beim GBA und einem dreijährigen Methodenbewertungsverfahren erstattungsfähig sind, soweit sie nicht - häufig schneller - als ärztliche Einzelleistungen eingestuft und durch den Bewertungsausschuss positiv bewertet werden. Angesichts dieser Dauer der Implementierung von Innovationen erscheint es sinnvoll, ein in bestimmten Fällen über den Facharzt hinausgehendes Behandlungsspektrum anzubieten, auch um einen möglichen Krankenhausaufenthalt, der ja einerseits kostenintensiv, aber auch für Patienten belastend sein kann, zu vermeiden.

Gleichzeitig sieht die BAG SELBSTHILFE jedoch auch das Risiko, dass die vorgesehene Regelung im Ergebnis möglicherweise keine wirkliche Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt sein wird. Die Regelung lehnt sich an die im Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) geltende Kann-Regelung an. Dort sind Leistungen, die außerhalb des EBM liegen, nach den Richtlinien regelmäßig von der Indikation her eng begrenzt. Sie sind damit eben nicht immer dann einsetzbar, wenn dies aus ärztlicher Sicht notwendig wäre: So kann etwa PET/PET-CT im Rahmen der ASV zur gastrointestinalen Tumoren nur bei Patienten mit Ösophagus-Karzinom zur Detektion von Fernmetastasen und bei Patienten mit resektablen

Lebermetastasen eines kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie eingesetzt werden.

Es steht zu befürchten, dass eine solche Begrenzung des Leistungsumfangs auch über die Verhandlungen auf Ortsebene zur Vergütung stattfinden könnte. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sind die Verhandlungen auf Ortsebene zwar auf regionale Festlegung der in-Frage kommenden Personengruppe beschränkt; die Formulierung einer „kann“ Regelung könnte jedoch auch so interpretiert werden, dass auf Ortsebene auch der Leistungsumfang festgelegt werden könne. Die Folge wäre ein komplett uneinheitliches Leistungsangebot der Hochschulambulanzen, das für Patientinnen und Patienten kaum noch durchschaubar wäre.

Vor diesem Hintergrund hält die BAG SELBSTHILFE eine gesetzliche Klarstellung für erforderlich, wonach Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - oberhalb der Potentialgrenze - Gegenstand des Leistungsumfangs der Hochschulambulanzen nach Absatz 1 und 2 sind, soweit der GBA keine ablehnende Entscheidung nach § 137c getroffen hat.

3. Folgegutachten Risikostrukturausgleich (Änderungsantrag 3), Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Die BAG SELBSTHILFE sieht es positiv, dass die Fraktionen CDU/CSU und SPD in ihrem Änderungsantrag Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich des MorbiRSA sehen. Auch die Idee, bzgl. des komplexen Problems der Zuweisungen für Krankengeld und für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des Vorjahres ihren Wohnsitz im Ausland hatten, ein Folgegutachten zu beauftragen, wird befürwortet. Es wird ebenfalls begrüßt, dass im Zuge dessen - nach der Gesetzesbegründung - auch die Frage der Einrichtung eines Hochrisikopools wissenschaftlich aufgearbeitet werden soll.

Gleichzeitig sieht sie - darüber hinaus - ebenso wie die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jedoch noch grundsätzlichen politischen Diskussionsbedarf zu der Frage, ob nicht auch die politischen Setzungen, insbesondere die Begrenzung der zu berücksichtigenden Krankheiten auf 80, weiterentwickelt werden müssen.

Hier vertritt die BAG SELBSTHILFE - aus den eingangs genannten Gründen - seit Jahren die Auffassung, dass der Morbi-RSA durch seine Begrenzung auf 80 Krankheiten in vielen Fällen die Kosten der jeweiligen Erkrankung nicht zielgenau abbildet.

4. Mutterschutz (Änderungsantrag 6)

Die vorgeschlagene Regelung wird uneingeschränkt begrüßt.

5. Entwurf Änderungsantrag 12 - Innovative Hilfsmittel

Soweit Hilfsmittel Teil einer neuen Methode sind, greift derzeit die Sperrwirkung des § 135 SGB V für den ambulanten Bereich mit der Folge, dass ein solches Hilfsmittel erst nach einem dreijährigen Methodenbewertungsverfahren im GBA für den ambulanten Bereich erstattungsfähig ist. Da die Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln im engeren Sinne, die unmittelbar erstattbar sind, und Hilfsmitteln als Teil einer neuen Methode auch nach der neuesten Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ausgesprochen schwierig ist, haben sich in der Praxis die Fälle gemehrt, in denen unklar war, ob es sich um den einen oder den anderen Fall handelt. Für Patienten ist dies eine ausgesprochen schwierige Lage, da auch das Prozessrisiko in einem solchen Fall schwer abschätzbar ist.

Vor diesem Hintergrund wird es zwar begrüßt, dass eine Klärung dieser Frage stärker möglich sein soll. Gleichzeitig steht wegen der Lösung der Frage im GBA zu befürchten, dass innovative Hilfsmittel in Zukunft noch seltener in die Versorgung kommen werden, wenn an den hohen Evidenzanforderungen für Studien auch in diesem Bereich festgehalten wird. So wünschenswert es aus Patientensicht ist, dass auch bei Hilfsmitteln als Teil einer Methode randomisiert kontrollierte Studien vorliegen, so wenig realistisch ist dies gleichzeitig, wenn solche Studien bei der CE-Zertifizierung nicht angefordert werden. In vielen Fällen werden die Hilfsmittel vermutlich noch nicht einmal die Potentialhürde nehmen mit der Folge, dass ihr Einsatz dann auch im Krankenhausbereich nicht mehr unbedingt erstattungsfähig ist und im ambulanten Bereich auch keine Selektivverträge mehr diesbezüglich möglich sind. Auch Erprobungen dürften in diesem Fall nicht durchführbar sein.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte daher gesetzlich festgelegt werden, dass der Nutzen von Hilfsmitteln niedriger Risikoklasse als Teil einer Methode auch anhand eines entsprechend niedrigeren Evidenzniveaus zu bewerten ist und auch Erprobungsstudien unterhalb des Niveaus eines RCT angezeigt sein können. Ferner sollte eine Frist von 6 bis 12 Monaten für die Bewertung festgelegt werden; angesichts der zumeist wenig umfangreichen Studienlage in diesem Bereich ist eine solche Bewertung in dieser Zeit machbar.

6. Weitere Anliegen

Ferner möchten wir die Gelegenheit ergreifen, nochmals besonders auf einige Anliegen hinzuweisen:

a.) Korrektur der Ausnahmeregelung bei den Sehhilfen

Die BAG SELBSTHILFE bittet - auch angesichts neuerer höchstrichterlicher Rechtsprechung - um Korrektur der Ausnahmeregelung des § 33 bei Sehhilfen, welche durch ihre Ausgestaltung praktisch ins Leere läuft:

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) 2003 wurde in § 33 Abs. 2 SGB V eine Regelung eingeführt, die bei der **Berechtigung für die Inanspruchnahme von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehfähigkeit allein auf die bestkorrigierte Sehschärfe (Visus)** abstellt. Hergeleitet wird diese Interpretation der Regelung aus einem Verweis auf eine Regelung der WHO, in welcher allerdings nur in der deutschen Übersetzung (GM) und nicht in der Originalversion der Passus der „bestmöglichen“ Korrektur enthalten ist.

Die aktuell bestehende Situation ist mit dem Fall vergleichbar, dass man einem beinamputierten Versicherten die Prothese nicht zur Verfügung stellt, weil er mit der „**hinzugedachten**“ **Prothese** ja laufen kann - der unmittelbare Behinderungsausgleich schon bewirkt ist. Dass dieses Ergebnis absurd erscheint,

wird wohl niemand ernsthaft bestreiten. Auch der **Deutsche Bundestag** hat bereits in seinem Bericht vom 06.08.2007 diese Folge bezogen auf die Sehhilfenversorgung als "nicht hinnehmbar" bezeichnet und gesetzgeberischen Handlungsbedarf erkannt (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/6270 S. 46).

Daraus resultiert eine besondere Härte für einen Teil der gesetzlich Krankenversicherten. Betroffen sind Versicherte, die ohne Korrektur, d. h., ohne Brille oder Kontaktlinse, eine massive Sehbeeinträchtigung aufweisen, also nahezu blind sind, mit bestmöglicher Sehhilfenkorrektur aber nicht mehr zum anspruchsberechtigten Personenkreis im Sinne von § 33 Abs. 2 rechnen. Das sind zum Beispiel Patienten mit pathologischer Myopie oder Aphakie (Linsenlosigkeit).

Die in § 33 Abs. 2 getroffenen Regelungen sind, da sie auf ein bestkorrigiertes Sehvermögen (d.h. mit Sehhilfe) mit der bereits hinzugedachten Sehhilfenversorgung abstellen, nur schwerlich mit der Zielsetzung des § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V, einen möglichst weitgehenden Behinderungsausgleich zu bewirken, in Einklang zu bringen. Aufgrund der wegen der Fehlsichtigkeit erforderlichen hohen Brechkraft der Linse und dem damit eingeschränkteren Angebot an Sehhilfen, fallen in den beschriebenen Fallkonstellationen oft erheblich höhere Kosten an als bei Personen mit leichten oder mäßigen Sehfehlern. Dies bedeutet eine besondere finanzielle Belastung, die die Betroffenen teilweise nicht aufbringen können. Die Problematik betrifft sowohl Personen, die eine Brille benötigen als auch solche, für die eine Kontaktlinsenversorgung im Sinne von § 33 Abs. 3 in Verbindung mit der Hilfsmittelrichtlinie indiziert ist. Die aktuelle Gesetzeslage hat zur Konsequenz, dass Menschen mit einer sehr gravierenden Fehlsichtigkeit, die sich eine Brillen- oder Kontaktlinsenversorgung nicht leisten können, vermeidbare, aber ganz erhebliche Einschränkungen im alltäglichen Leben haben.

Immer wieder kam es daher in den letzten Jahren auch zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Dabei hat das **BSG** in seinem Urteil vom 23.06.2016 - B 3 KR 21/15 R - jüngst auf folgendes hingewiesen: „Der Gesetzgeber wird sich aber damit auseinanderzusetzen haben, dass sich das **Regelwerk der WHO im Jahr 2010 geändert hat, und prüfen müssen, ob das Konzept, das allein auf den Schweregrad der Sehbehinderung abstellt** und nicht (auch) auf die mit einer

Sehhilfe erreichbare Verbesserung des Sehvermögens, soweit dieses so weit eingeschränkt ist, dass die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ohne Sehhilfe nicht möglich ist, noch dem heutigen Verständnis eines unmittelbaren Behinderungsausgleichs entspricht.“.

Will man die Intention aufgreifen, Versicherte nur bei medizinisch/therapeutischem Anlass oder bei gravierenden teilhabeeinschränkenden Auswirkungen mit Sehhilfen zu versorgen, dann muss das bisherige Leistungsrecht zumindest so ergänzt werden, dass als Voraussetzung für den Anspruch auch ein hoher Grad der funktionellen Beeinträchtigung aufgrund der Sehschädigung ohne Korrektur ausreichend ist und zwar unabhängig davon, welches Sehvermögen mit Korrektur erreicht wird. Das ist bei Dioptrienwerten von mindestens 5 Dpt Kurz- oder bei mindestens 5 Dpt. Weitsichtigkeit oder bei mindestens 2,5 DPT Astigmatismus in jedem Fall anzunehmen:

Es geht um eine Personengruppe, die ohne Korrektur nur ein Sehvermögen von max. 5 % erreicht (0,05) und damit hohe Teilhabeeinschränkungen hat. Funktionell entspricht ein Visus von 0.05 hochgradig sehbehinderten Menschen. Hochgradig sehbehinderte Menschen erhalten einen GdB (Grad der Behinderung) von 100 und u. a. die Merkzeichen „H“ und „B“. Wichtig ist allerdings, dass der GdB mit Korrektur gemessen wird. Bei der Hilfsmittelversorgung nimmt man jedoch typischerweise eine Feststellung des Bedarfes ohne Hilfsmittel vor; auch die Notwendigkeit einer Prothese wird ja nicht nach einer erfolgten Prothesenversorgung gemessen, sondern davor. Insoweit wurde hier bewusst nur der funktionelle Vergleich mit der Feststellung des GdB hergestellt. Die angegebenen Dioptrienwerte sind quasi eine Umrechnung auf das Sehvermögen ohne Korrektur von 0,05.

Wird ein Versicherter in diesen Fällen nicht adäquat mit einer Sehhilfe versorgt, ist ihm ein eigenständiges Leben ohne ständige Unterstützung durch Dritte nicht mehr möglich. Diese Person müsste, wenn sie nicht mit einer Sehhilfe versorgt werden kann, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und/oder Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, um ihren Alltag organisieren zu können. Das fängt bei der Aufnahme von Informationen (Lesen, Fernsehen etc.) an, setzt sich fort bei der täglichen Selbstversorgung über die eigenständige Mobilität

innerhalb und außerhalb der Wohnung bis hin zur beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. In diesen Fällen geht es also nicht nur darum, einen vollständigen Behinderungsausgleich im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB V, sondern bereits die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu ermöglichen.

§ 33 Abs. 2 Satz 2 ff. SGB V könnte etwa **wie folgt neu gefasst** werden:

„Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen oder wenn ohne Korrektur auf beiden Augen eine schwerwiegende funktionelle Beeinträchtigung besteht. Das ist insbesondere der Fall, wenn ein Korrekturbedarf von ≥ 5 Dpt- Myopie oder ≥ 5 Dpt. Hyperopie oder $\geq 2,5$ Dpt. Astigmatismus besteht. Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht unabhängig vom vorhandenen Sehvermögen, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.“

Ferner sollte auch eine **Ausnahmeregelung für Menschen mit Gehörlosigkeit oder schweren Hörbeeinträchtigungen** gefunden werden, da hier der Ausgleich durch ein gutes Sehvermögen absolut notwendig ist.

b.) Ausschreibungen von Hilfsmitteln mit hohem Dienstleistungsanteil

Wir möchten ferner nochmals auf die Problematik der Ausschreibungen mit Hilfsmitteln mit hohem Dienstleistungsanteil in Verbindung hinweisen.

Leider beobachtet die BAG SELBSTHILFE derzeit eine Zunahme von derartigen Ausschreibungen, zuletzt in Form einer Ausschreibung der Techniker- Krankenkasse zur ableitenden Inkontinenzversorgung (ableitende Inkontinenzartikel leiten den Harn direkt oder über Verbindungsschläuche in entsprechende Auffangbeutel). Auch die Ausschreibung der KKH zur Stoma-Versorgung (Stomaträger sind Menschen mit künstlichem Darmausgang) gehört in diesen Bereich. Es steht zu befürchten, dass andere Krankenkassen in diesen - für Patientinnen und Patienten

hochsensiblen und auch teilweise schambesetzten Bereichen - weitere Ausschreibungen durchführen werden.

Im Gesetz ist derzeit bereits festgelegt, dass Ausschreibungen bei Hilfsmitteln mit hohem Dienstleistungsanteil oder individueller Anfertigung in der Regel unzweckmäßig sind (§ 127 Abs.1 S.4 SGB V). Hierzu gibt es Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, welche die Merkmale näher konkretisieren. Danach ist ein hoher Dienstleistungsanteil gegeben, wenn eine persönliche und umfangreiche Einweisung oder Nachbetreuung und ggf. mehrfache Anleitung von Angehörigen und Pflegepersonal notwendig ist, eine kontinuierliche Beobachtung des Versorgungsverlaufs zur Komplikationsvermeidung oder kurze Reaktionszeiten erforderlich sind.

Diese an sich deutlichen Regelungen werden aber offenbar sehr eng ausgelegt. So heißt es seitens der Krankenkassen, Stoma-Artikel seien quasi Handelsware, welche unter Anwendung von Schablonen zugeschnitten werden könnten, was von den Betroffenen in der Regel problemlos bewerkstelligt würde.

Dies ist mitnichten der Fall: Das Anlegen eines Stomas ist in vielen Fällen komplex und für die häufig nach Darm- oder Blasenkrebs Erkrankten in höherem Alter kaum selbst umzusetzen. Selbst Pflegedienste sind zwar häufig in der Lage, eine problemlose Stoma-Anlage zu versorgen, nicht jedoch ein durch Anlage (chirurgische Anlagetechnik in Bezug auf Platzierung am Bauch und Ausformung des Stomas- prominent/erhaben bzw. im Hautniveau), Hautbedingungen oder andere Ursachen problematisches Stoma. Wenn in der Stoma- Umgebung Hautunebenheiten oder Falten bestehen oder das Stoma nicht gut einsehbar ist, muss nicht nur die gute Anleitung im Gebrauch erfolgen, sondern es muss häufig tatsächlich mit Materialien (zusätzliche Hautschutzpaste, Hautschutzring etc.) „gebastelt“ werden, um sich an eine sichere Versorgung heranzutasten. Hinzu kommt, dass sich viele Ärzte von der Versorgung der Stomaträger entfernt haben und sich zu wenig in diesem Bereich auskennen. Vor diesem Hintergrund ist es für die Betroffenen eminent wichtig, dass sie eine dauerhafte Versorgung von einem Leistungserbringer mit entsprechender Fachkraft erhalten und nicht ständig wegen

erfolgter Ausschreibungen umversorgt werden müssen bzw. hier die Dienstleistung wegen des geringen Ausschreibungspreises unzureichend erfolgt.

Vor diesem Hintergrund sollten aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE Ausschreibungen bei Hilfsmitteln mit einem hohen Dienstleistungsanteil oder individueller Anfertigung generell für unzweckmäßig erklärt werden und die Formulierung „in der Regel“ in § 127 Abs. 1 S. 4 gestrichen werden. Zudem hält es die BAG SELBSTHILFE wegen der beobachteten engen Auslegung der Kriterien für notwendig, dass im Gesetz eine Rechtsverordnung vorgesehen wird, welche festlegt, wann diese Kriterien erfüllt sind bzw. bei welchen Produktgruppen eine Versorgung mit einem hohen Dienstleistungsanteil oder individueller Anfertigung vorliegt.

c.) Erweiterung der Verordnungsfähigkeit der Podologie auf mit dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbare Erkrankungen

Die BAG SELBSTHILFE bittet darum, gesetzlich festzulegen, dass Maßnahmen der podologischen Therapie auf Erkrankungen zu erweitern sind, deren Schädigungen der des diabetischen Fußes entsprechen und mit diesen vergleichbar sind bzw. dem GBA den entsprechenden Auftrag zu erteilen. Die Patientenvertretung hatte 2015 einen entsprechenden Antrag im Gemeinsamen Bundesausschuss gestellt, musste diesen im Mai 2016 allerdings zurückziehen, da das Risiko bestand, dass der GBA nicht aufgrund einer Vergleichbarkeit der Schädigungsbilder zu einer Erweiterung der in Frage kommenden Krankheiten, sondern aufgrund einer Methodenbewertung zu einem Ausschluss der Methode auch für den diabetischen Fuß kommen könnte. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE war jedoch die Frage - auch angesichts entsprechender Urteile des LSG und des BSG - nicht anhand einer Evidenzbewertung zu diskutieren, sondern anhand einer Vergleichbarkeit der Schädigungsbilder.

Als ersten wichtigen Schritt kann sich die BAG SELBSTHILFE allerdings auch ein Modellvorhaben zu dieser Frage vorstellen, bittet jedoch - angesichts der vermutlich längeren Diskussion - bereits jetzt darum, dem GBA - fristgebunden -

den Auftrag zu erteilen, eine Festlegung der Schädigungsbilder vorzunehmen und dann bei einer späteren Überarbeitung dieser Regelungen die Ergebnisse des Modellvorhabens in seine Entscheidung einzubeziehen.

Berlin, 8. Februar 2017