



## Wortprotokoll der 96. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 30. November 2016,  
15.30 Uhr bis 18.00 Uhr  
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus  
Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

#### a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und  
Hilfsmittelversorgung  
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)**

**BT-Drucksache 18/10186**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Gutachtlich:**

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

#### b) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, wei- terer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heil-  
mittlerbringern ausbauen**

**BT-Drucksache 18/10247**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit



- c) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken -  
Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen**

**BT-Drucksache 18/8399**

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Bertram, Ute Hajek, Rainer Henke, Rudolf Henrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 30. November 2016, 15:30 Uhr

öf.  
11

**CDU/CSU**

**Ordentliche Mitglieder**

- Bertram, Ute
- Hajek, Rainer
- Henke, Rudolf
- Hennrich, Michael
- Hüppe, Hubert
- Irlstorfer, Erich
- Kippels Dr., Georg
- Kühne Dr., Roy
- Leikert Dr., Katja
- Maag, Karin
- Meier, Reiner
- Michalk, Maria
- Monstadt, Dietrich
- Riebsamen, Lothar
- Rüddel, Erwin
- Sorge, Tino
- Stritzl, Thomas
- Zeulner, Emmi

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

öf  
11

**SPD**

**Ordentliche Mitglieder**

- Baehrens, Heike
- Bas, Bärbel
- Dittmar, Sabine
- Franke Dr., Edgar
- Heidenblut, Dirk
- Kermer, Marina
- Kühn-Mengel, Helga
- Mattheis, Hilde
- Müller, Bettina
- Rawert, Mechthild
- Stamm-Fibich, Martina

**Unterschrift**

*Baehrens*

*Bas*

*Dittmar*

*Franke*

*Heidenblut*

*Kermer*

*Kühn-Mengel*

*Mattheis*

*Müller*

*Rawert*

*Stamm-Fibich*

**Stellvertretende Mitglieder**

- Bahr, Ulrike
- Blienert, Burkhard
- Freese, Ulrich
- Henn, Heidtrud
- Katzmarek, Gabriele
- Lauterbach Dr., Karl

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Öff.*

**SPD**

**Stellvertretende Mitglieder**

Tack, Kerstin

Thissen Dr., Karin

Westphal, Bernd

Ziegler, Dagmar

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIE LINKE.**

**Ordentliche Mitglieder**

Vogler, Kathrin

Weinberg, Harald

Wöllert, Birgit

Zimmermann, Pia

**Unterschrift**

*U. Vogel*  
*H. Weinberg*  
*B. Wöllert*  
*P. Zimmermann*

**Stellvertretende Mitglieder**

Höger, Inge

Lutze, Thomas

Tempel, Frank

Zimmermann (Zwickau), Sabine

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*off.*

**BÜ90/GR**

**Stellvertretende Mitglieder**

Klein-Schmeink, Maria

Scharfenberg, Elisabeth

Schulz-Asche, Kordula

Terpe Dr., Harald

**Unterschrift**

*[Handwritten signature]*

**Stellvertretende Mitglieder**

Kürth, Markus

Pothmer, Brigitte

Rüffer, Corinna

Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ed*



**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 30. November 2016, 15:30 Uhr

*öff.*

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

**Fraktionsmitarbeiter**

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Nimbs	SPD	<i>Nimbs</i>
Kunze	SPD	<i>Kunze</i>
<del>Pfaff</del>	SPD	<del><i>Pfaff</i></del>
Rachel Döbele	LINKE	<i>R. Döbele</i>
T. Schatz	LINKE	<i>T. Schatz</i>
Appau Wille	CDU/CSU	<i>Appau Wille</i>

*4e*




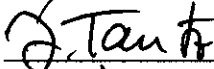
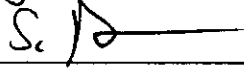
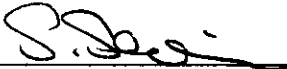


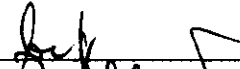

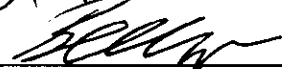



### Fraktionsmitarbeiter

Name (bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Alexandra Barnsly	BDO/B	A. Barnsly
Dr. Manfred Lang	com/csu	M. Lang
Heide Fesl	Linke	H. Fesl

4F

## Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amtsbezeichnung
Baden-Württemberg	_____	_____	_____
Bayern	_____	_____	_____
Berlin	_____	_____	_____
Brandenburg	_____	_____	_____
Bremen	_____	_____	_____
Hamburg	_____	_____	_____
Hessen	_____	_____	_____
Mecklenburg-Vorpommern	_____	_____	_____
Niedersachsen	_____	_____	_____
Nordrhein-Westfalen	_____	_____	_____
Rheinland-Pfalz	_____	_____	_____
Saarland	_____	_____	_____
Sachsen	_____	_____	_____
Sachsen-Anhalt	Richter	Richter	Richter
Schleswig-Holstein	_____	_____	_____
Thüringen	_____	_____	_____

Ministerium bzw. Dienststelle (bitte in Druckschrift)	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-bezeichnung
BMG	Brandholz		RL
BMG	Tautz		RL/in
"	Troppen		Ref
BMG	Sevitz		Ref/in
RMG	Stiel		MR
DRG ASP	Soler		RR
BMG	Munzert		AR
BMG	WALTER		RR
"	Becker		
BE	Ute M. Weide		Ref.
BMG	BRÄUN		RL
"	Kahl		Ref/in

## Unterschriftenliste

zu einer öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

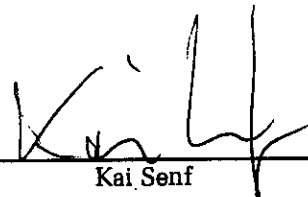
- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung  
**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung  
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)**  
BT-Drucksache 18/10186
- b) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen**  
BT-Drucksache 18/10247
- c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur  
Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen**  
BT-Drucksache 18/8399

**Mittwoch, 30. November 2016, von 15.30 bis 18.00 Uhr,**  
im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörungssaal,  
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10117 Berlin

### geladene Verbände

AOK-Bundesverband (AOK-BV)

---



---

Kai Senf

Arbeitsgemeinschaft berufsständischer  
Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV)

---



---

Stefan Strunk

BKK Dachverband

---



---

Anne-Kathrin Klemm

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen  
und -Initiativen (BAGP)

---

ABSAGE

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-  
Organisationen e.V. (BAGSO)

---

ABSAGE

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


---



Dr. Siiri Doka

Bundesärztekammer (BÄK)

---



Markus Radolphi

Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR (biha)


---



Jakob Stephan Baschab

Bundesinnung der Hörgeräteakustiker KdÖR (biha)

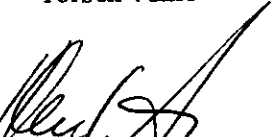
---



Torben Vahle

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik

---



Klaus-Jürgen Lotz

Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst  
Deutschland e.V.

---



Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner

Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)

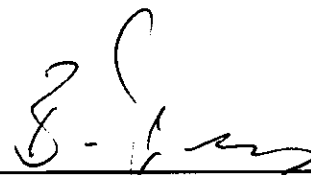
---



Daniela Piossek

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.  
(bpa)

---



---

Bernd Tews

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten -  
IFK e. V.

---



---

Ute Repschläger

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher  
Apothekerverbände

---



---

Dr. Sebastian Schmitz

Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS)

---



---


Raoul Kirmes

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

---

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation  
e. V. (DEGEMED)

---



---

Christof Hawall

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)

---




---

Dr. Danka Matlok

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

---

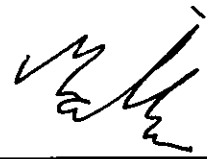


---

Thomas Katzer

Deutscher Behindertenrat c/o  
DBSV e. V.

---



---

Christiane Möller

Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)

---




---

Frauke Kern

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

---

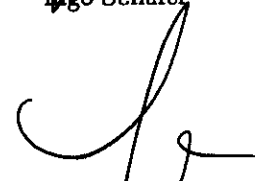


---

Ingo Schäfer

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)

---




---

Arnd Longée

Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)

---



---

Andrea Rädlein

Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e. V.

---

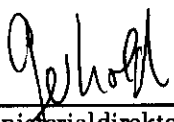


---

Jeannette Polster

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die  
Informationsfreiheit

---

  
Ministerialdirektor  
Diethelm Gerhold

---

Eurocom - Europäische Herstellervereinigung für  
Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel  
e.V.

---

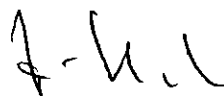


---

Dr. Ernst Pohlen

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

---



---

Prof. Josef Hecken

GKV-Spitzenverband

---



---

Gernot Kiefer

GKV-Spitzenverband

---



---

Dr. Antje Haas

Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e. V.

---



---

Prof. Dr. Hilke Hansen

IKK e.V.

---

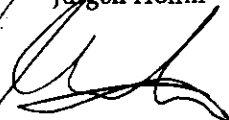


---

Jürgen Hohnl

Initiative Chronische Wunden e. V.

---

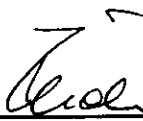


---

Dr. Karl-Christian Münter

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

---



---

Regina Feldmann



LOGO Deutschland Interessengemeinschaft  
selbstständiger LogopädInnen und  
SprachtherapeutInnen e. V.

---



Christiane Sautter-Müller

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der  
Krankenkassen e.V. (MDS)

---

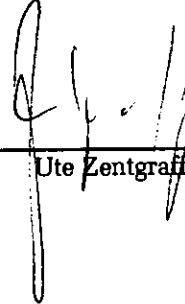


Dr. Peter Pick

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)

---

Florian Schönberg



Sozialverband VdK Deutschland e. V.

---

Ute Zentgraf

SPECTARIS - Deutscher Industrieverband für optische,  
medizinische und mechatronische Technologien e.V.

---



Marcus Kuhlmann

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)

---



Karl-Heinz Kellermann

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

---



Grit Genster

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

---



Ulrike Elsner

Verband der Gründer und Selbstständigen  
Deutschland (VGSD) e.V.

---

  
Andreas Lutz

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)

---

ABSAGE

---

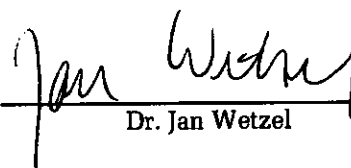
Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

---

  
Dr. Ilona Köster-Steinebach

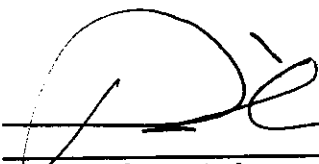
Zentralverband der Augentoptiker (ZVA)

---

  
Dr. Jan Wetzel


Zentralverband Orthopädienschuhtechnik (ZVOS)

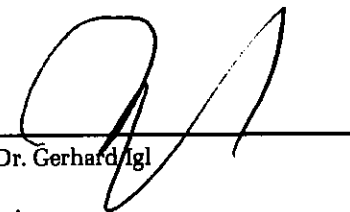
---

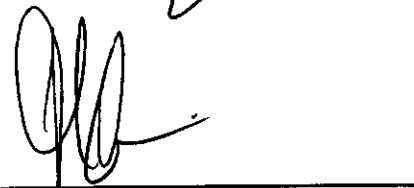
  
Oliver Dieckmann

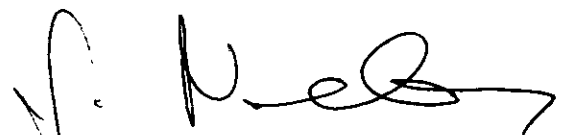
**geladene Einzelsachverständige**

---

  
Jochen Clausnitzer

  
Prof. Dr. Gerhard Igl

  
Markus Liesmann

  
Prof. Dr. Günter Neubauer



Beginn der Sitzung: 15.30 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen. Ich begrüße Sie herzlich heute Nachmittag. Es ist die zweite Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am heutigen Mittwoch und die 96. Sitzung. Ich darf die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung und die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Widmann-Mauz begrüßen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie wissen, in dieser öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns zum einen mit einem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ auf Drucksache 18/10186 und den dazugehörigen Änderungsanträgen der Regierungsfaktionen auf Ausschussdrucksache 18(14)0226.1. Ferner stehen zwei Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf der Tagesordnung: „Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen“ auf Drucksache 18/10247 sowie der Antrag „Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen“ auf Drucksache 18/9399.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, in Deutschland gibt es eine steigende Zahl chronisch Erkrankter und auch multimorbider, d. h. mehrfach erkrankter Menschen. Dafür brauchen wir nicht nur eine gute, sondern auch eine zeitgemäße Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Diese werden immer wichtiger in der Versorgung. Im Einzelnen soll der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen mit dem Gesetzentwurf verpflichtet werden, bis zum 31. Dezember 2018 das Hilfsmittelverzeichnis grundlegend zu aktualisieren. Bei Ausschreibungen gerade im Hilfsmittelbereich sollen die Krankenkassen bei der Vergabeentscheidung künftig neben dem Preis vor allen Dingen qualitative Anforderungen, d. h. Qualitätsgesichtspunkte stärker in den Fokus rücken. Gerade bei der Inkontinenzversorgung haben wir in vielen Bereichen und auch im Gesundheitsausschuss diskutiert, dass für die Produkte Mindestanforderungen benötigt werden, die oftmals über die Mindestanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen. Zudem werden die Krankenkassen in dem Entwurf verpflichtet, auch bei der Hilfsmittelversorgung, die im Wege

der Ausschreibung zu Stande gekommen ist, ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen aufzahlungsfreien Hilfsmitteln einzuräumen.

Ich möchte jetzt einige Erläuterungen zum Anhörungsverfahren machen. Uns stehen heute insgesamt 150 Minuten an Fragezeit zur Verfügung – das ist eine besonders intensive und lange Anhörung. Die Anhörung wurde vor allen Dingen wegen der Änderungsanträge, die ebenfalls Gegenstand der Beratungen sind, um 30 Minuten verlängert, so dass wir kurz nach 18 Uhr zum Ende kommen werden. Die uns zur Verfügung stehende Zeit wird auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Dabei haben die CDU/CSU 9 Minuten und die SPD 7 Minuten ihrer jeweiligen Fragezeit an die Oppositionsfaktionen abgegeben. Daraus ergeben sich folgende Zeiten: CDU/CSU 37 Minuten, SPD 23 Minuten Fragezeit. Dann schließen sich die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 23 Minuten an. In der zweiten Runde fragen nochmals die CDU/CSU 28 Minuten und die SPD 16 Minuten lang. Ich darf Fragesteller und Sachverständige bitten, ihre Fragen und Antworten möglichst kurz zu halten, damit möglichst viele Sachverständige hier im Saal zu Wort kommen. Ich bitte wie immer – viele von Ihnen haben schon oft an Anhörungen teilgenommen – nicht nur die Mikrofone zu benutzen, sondern sich mit Namen und Verband vorzustellen. So können sich Zuschauerinnen und Zuschauer, die sich die Anhörung im Internet nur ausschnittsweise anschauen, besser orientieren. Ich bitte Sie außerdem, die Mobiltelefone auszuschalten. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet wird und in der Mediathek angeschaut werden kann. Es gibt auch ein Wortprotokoll der Anhörung, das auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen jetzt mit der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Der Vorsitzende hat schon beschrieben, dass die Rahmenbedingungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Heil- und Hilfsmitteln verbessert werden sollen. Deshalb stelle ich unsere erste Frage an Herrn Prof. Dr. Neubauer und den GKV-Spitzenverband. Die Qualität des Prozesses und des Ergebnisses sollen verbessert werden. Wie ordnen Sie diesen Zielansatz in das bestehende Versorgungssystem ein?



## Nur zur dienstlichen Verwendung

**ESV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Das Gesetz macht einen großen Schritt in diese Richtung. Wie der Vorsitzende schon erwähnt hat, gibt es gerade im Bereich der Hilfsmittel viele Innovationen. Diese Innovationen kommen bislang zu wenig und zu langsam zu den Patienten. Das Gesetz öffnet hier den Weg. Insofern wird sich nicht nur die Struktur, sondern vor allen Dingen die Ergebnisqualität verbessern, weil innovative und neue Produkte den Patienten schneller erreichen. Ich gehe davon aus, dass man die Verbesserung gerade im Hilfsmittelbereich auch messbar machen kann. Im Hilfsmittelbereich ist die Messbarkeit etwas schwieriger. Aber auch da glaube ich, wird sich mit der zunehmenden Verantwortung und der größeren Autonomie der Heilmittelerbringer die Qualität weiter verbessern, weil man stärker in der Verantwortung ist. Daher sehe ich hier eine Prozessverbesserung. Eine Ergebnisverbesserung wäre noch zu messen. Wenn aber die Prozessverbesserung eintritt, gehen wir in der Regel davon aus, dass sich auch die Ergebnisse verbessern.

**SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband):** Ich kann relativ nahtlos an Prof. Dr. Neubauer anschließen. Wir glauben auch, dass das Gesetz in vielen Fassungen geeignet ist, die angestrebten Ziele hinsichtlich der Verbesserung der Qualität im Prozess, in der Struktur und im Ergebnis mindestens zu befördern – ich drücke mich vorsichtig aus. Wir sehen wie viele andere gerade im Bereich der Hilfsmittelversorgung erhebliche Dynamiken und Neuentwicklungen bei möglichen Versorgungsformen. Insofern ist es richtig, dass wir mit diesem Gesetz versuchen, dass das Hilfsmittelverzeichnis, das zwar keine abschließende normative Kraft hat, aber in seiner Gesamtstellung im SGB V eine wichtige Orientierungsfunktion hat, in einem transparenten und geordneten Verfahren nachvollziehbare Innovationen, die für die Versorgung wirtschaftlich sind, aufnimmt und diese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind. Wir halten es auch für richtig, dass man mit den vorgesehenen Veränderungen im Bereich des Präqualifizierungsverfahrens Rahmenbedingungen schafft, die eine weitgehend unabhängige Präqualifizierung von potenziellen Leistungserbringern ermöglicht und im Verhältnis zur heutigen Situation auch deutlich verbessert. Insofern kann ich für den GKV-Spitzenverband sagen, dass die Intention und

die vorgesehenen Regelungen in die richtige Richtung gehen.

Weniger umfassend, mit positiver Konnotation, fällt der Heilmittelbereich aus. Die Idee der Blankoverordnungen ist nicht per se eine Form, die man als nicht qualitätsgesichert bezeichnen muss. Sie ist dazu geeignet, dass wir systematisch und auf entsprechend nachvollziehbarem Niveau Ergebnisse produzieren. Wir können schauen, ob die damit verbundene Verantwortung der Berufsgruppen vernünftig im Sinne der Patientinnen und Patienten ausgeübt wird. Insofern ist es in beiden Bereichen ein interessanter Ansatz und, insbesondere was die Hilfsmittelversorgung betrifft, ein echter Meilenstein.

**Abg. Dr. Roy Kühne (CDU/CSU):** Die Frage geht an den AOK-Bundesverband, den Bundesverband Medizintechnologie und an den Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik. Künftig soll bei Ausschreibungen neben dem Preis der Aspekt der Qualität eine größere Rolle einnehmen. Die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht die Kosten oder den Preis betreffen, darf dabei 40 Prozent nicht unterschreiten. Halten Sie diese gesetzliche Vorgabe für sinnvoll?

**SV Kai Senf (AOK-Bundesverband):** Wir halten diese Regelung für nicht zielführend, weil wir davon ausgehen, dass es erneute Abgrenzungsschwierigkeiten geben wird, insbesondere bei der Berücksichtigung von Qualitätskriterien bei der Leistungsbeschreibung, aber auch in der Zuschlagerteilung. Qualität ist nicht zu gewichten. Wir hätten uns gewünscht, dass alle Ausschreibungsverträge 100 Prozent Qualität erfüllen müssen, so wie sie auch im Hilfsmittelverzeichnis beschrieben werden. Wir würden uns wünschen, dass den Krankenkassen an der Stelle die Möglichkeit eröffnet wird, oberhalb dieser Qualitätsstandards, die das Hilfsmittelverzeichnis setzt, Qualitätskriterien in den Ausschreibungsverträgen zu berücksichtigen.

**Sve Daniela Piossek (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)):** Ich stimme dem AOK-Bundesverband insoweit zu, dass auch wir keine Qualität unterhalb des Hilfsmittelverzeichnisses akzeptieren würden. Uns geht es selbstverständlich um zusätzliche Qualität. Fakt ist, dass in den bisherigen Ausschreibungen das alleinige Zuschlagskrite-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

rium in der Regel der niedrigste Preis war und insofern bisher nicht das wirtschaftlichste, sondern das billigste Angebot den Zuschlag erhalten hat. Qualitätsverluste und vermehrte private Aufzahlungen waren die Folge. Aus diesem Grund ist diese Regelung aus unserer Sicht nicht nur sinnvoll, sondern zwingend notwendig. Sie muss ohne Ausnahmeregelung zur Anwendung kommen. Zudem sollte bei einem echten Qualitätswettbewerb das Bewertungsverhältnis von 40 Prozent Qualität und 60 Prozent Preis in einem umgekehrten Verhältnis stehen.

**SV Klaus-Jürgen Lotz** (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): Ich kann an den letzten Satz von Frau Piossek anschließen. Im Referentenentwurf war das Verhältnis noch umgekehrt. Da war zu 60 Prozent die Qualität und zu 40 Prozent der Preis entscheidend. Deswegen befürworten wir die Regelung absolut. Es ist aber auch zwingend notwendig, sie mit hard facts zu füllen. Da gebe ich dem AOK-Bundesverband Recht, weiche Faktoren bringen uns hier nicht weiter. Das Hilfsmittelverzeichnis wird – Eckpfeiler erarbeiten wir in den nächsten Monaten – die harten Faktoren festlegen. Wir müssen die weichen Faktoren wie die Qualität und Dienstleistungen festlegen. Wir müssen klären, wie das Produkt an den Patienten kommt, wie der Versicherte vor Ort versorgt wird, wie Anpassung, Durchführung und Therapiezieelerreichung durchgeführt werden. Dann kommt der Preis. Bei den Ausschreibungen in der Vergangenheit gab es nur einen 100 Prozent-Faktor. Das war der niedrigste Preis. Deshalb begrüßen wir den Ansatz. Er muss aber tiefgehender mit Klarstellung gefüllt werden. Ansonsten ist er zu flexibel und weich.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH zum Thema Präqualifizierung. Bevor Hilfsmittelerbringer Vertragspartner der Krankenkassen sein können, müssen sie zunächst ihre grundsätzliche Eignung in Präqualifizierungsverfahren nachweisen. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Präqualifizierungsstellen künftig alle fünf Jahre ein Akkreditierungsverfahren durchführen. Wie beurteilen Sie die angesprochene Vorgehensweise?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Das derzeitige Präqualifizierungsverfahren ist mit einigen

zumindest diskussionswürdigen Punkten behaftet. Einerseits müssen wir nach jetziger Gesetzeslage mit den Organisationen, die Präqualifizierungsverfahren durchführen, eine Grundsatzvereinbarung abschließen. Bisher war unser Problem, dass wir die Frage der Unabhängigkeit derjenigen, die Präqualifizierungsverfahren durchführen, in dieser Vereinbarungslösung nicht in einer Klarheit abgrenzen konnten, wie wir uns das gewünscht hätten. Insofern begrüßen wir die Idee, dass das zukünftig die Deutsche Akkreditierungsstelle machen soll, weil wir damit keinerlei Zweifel an einem transparenten, unabhängigen und im Ergebnis zu akzeptierendes Akkreditierungsverfahren bzw. präqualifizierendes Verfahren haben. Die Begrenzung auf fünf Jahre ist inhaltlich nachvollziehbar. Der Zeitraum kann als zumutbar und angemessen betrachtet werden.

**SV Raoul Kirmes** (Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkKS)): Die Akkreditierung ist ein geeignetes Werkzeug, um unter dem Aspekt der Unabhängigkeit zu den gewünschten Qualitätsverbesserungen zu führen. Die einschlägige internationale Norm gibt den Präqualifizierungsstellen ein verhältnismäßig strenges Korsett, wie diese ihre Unabhängigkeit nachweisen müssen. Das Gleiche gilt auch im Hinblick auf ihre Umsatzabhängigkeit. Wenn ich immer nur für einen Dienstleister tätig bin, ist das ein Problem für die Unabhängigkeit. Die Norm sieht vor, dass die Unabhängigkeit durch die Stelle darzulegen ist. Wenn Unabhängigkeitsrisiken z. B. durch Verflechtungen mit dem Innungsverband oder mit anderen Leistungserbringern bestehen, muss die Stelle in besonderer Weise nachweisen, wie sie diesem Risiko gerecht wird. Das ist dann Gegenstand der Akkreditierung und muss überzeugend sein. Gleichwohl schlagen wir vor, dass der Gesetzgeber für Klarheit sorgt und nicht alles der Verwaltungspraxis überlässt. Er sollte zum Ausdruck bringen, was unter Unabhängigkeit verstanden wird. Da ist der Entwurf, der momentan vorliegt, gut, allerdings wurde er durch die Verbände stark kritisiert. Deswegen wollte ich das noch einmal ansprechen. Wir meinen, dass der Gesetzesvorschlag richtig ist und nicht weiter liberalisiert werden sollte, da die Probleme ansonsten nur auf die Verwaltungspraxis verlagert werden.

**Abg. Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage bezieht sich auf das Thema Physiotherapie und geht



## Nur zur dienstlichen Verwendung

an Herrn Kiefer vom GKV-Spitzenverband und Herrn Prof. Hecken vom G-BA. Das System der Zertifikate gibt es außer in Deutschland in keinem anderen Land. Wir haben hier ein Alleinstellungsmerkmal. Wäre es zur Sicherstellung bzw. Verbesserung der Versorgung zweckmäßig, Physiotherapeuten, die im Rahmen ihrer Ausbildung u. a. Unterricht z. B. in manueller Therapie, Krankengymnastik am Gerät usw. erhalten und einer staatlichen Prüfung unterzogen werden, zur Erbringung solcher Leistungen zu ermächtigen?

**SV Dr. Antje Haas** (GKV-Spitzenverband): Auf dieses Alleinstellungsmerkmal sollte Deutschland aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gerne verzichten. Der Leistungskatalog für Physiotherapeuten ist die komplette Heilmittelrichtlinie. Wenn aber davon für die Physiotherapeuten nach erfolgreichem Abschluss ihrer Berufsausbildung, die über mehrere Jahre geht, nur 60 Prozent der von der GKV insgesamt abgefragten Leistungen zugänglich sind, ist an diesem Aus- oder Weiterbildungssystem etwas falsch. Das ist übrigens nur bei den Physiotherapeuten so, nicht bei Logopädie oder Ergotherapie. Diesen sind alle Leistungen aus dem Leistungskatalog zugänglich. Wir denken, dass man die für die Leistungserbringer kostenträchtigen Weiterbildungen ändern sollte. Das hat auch etwas mit der Qualität der Behandlung, also der Behandlungsauswahl und Durchführung, für den Patienten zu tun. Wir fordern bereits seit einigen Jahren, dass hier entweder über berufsgesetzliche Regelungen oder innerhalb der Ausbildung eine Anpassung erfolgt. Alle anderen Berufe in Deutschland haben mehr Ausbildungsinhalte. Sie haben mehr Wissen zu verarbeiten. Sie alle kennen die Äußerung dass sich das medizinische Wissen alle fünf Jahre verdoppelt. Dem Anteil muss jede Berufsgruppe in ihrer Berufsausbildung Rechnung tragen. Das sollten auch die Physiotherapeuten tun.

**SV Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich kann mich dem anschließen, was Frau Dr. Haas gesagt hat. Die Zertifikatspositionen und damit die Weiterbildungserfordernisse, die durch die Zertifikate belegt werden müssen, sind das Resultat einer bundeseinheitlich uneinheitlichen Ausbildungsstruktur. Die groben Inhalte der Ausbildung werden zwar in den entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen festgelegt, aber es bleibt den einzelnen Schulen

überlassen, ob und in welchem Umfang welche Module der Ausbildung tatsächlich abgebildet werden. Durch eine staatliche Prüfung ist nicht gewährleistet, dass Spezialtechniken wie die manuelle Lymphdrainage, Chirogymnastik, gerätegestützte Krankengymnastik etc. von allen, die die Prüfung bestanden haben, beherrscht werden. Das hat uns zu diesem Zertifikatswesen gebracht. Ich glaube, man könnte sagen, wenn die Techniken, die heute Gegenstand einer Zertifikatsposition sind, Gegenstand der Prüfung waren, kann auf die Zusatzzertifizierung verzichtet werden. Ist das nicht der Fall, muss auf der Zertifizierung bestanden werden. Wobei der medizinisch-technische Fortschritt damit nicht abgebildet ist. Der Königsweg wäre – und da bin ich wieder bei Frau Dr. Haas –, wenn das, was in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten geregelt ist, bundeseinheitlicher Prüfungs- und Ausbildungsstandard wäre. Dann würde die staatliche Prüfung zur Erbringung der Leistungen ermächtigen. Das ist aber unter Status Quo-Bedingungen, mit Blick auf die Länderkompetenzen nicht der Fall.

**Abg. Karin Maag** (CDU/CSU): Ich komme wieder zur Ausschreibung zurück. Meine Frage geht an die AOK und an den Zentralverband Orthopädieschuhtechnik. Künftig sollen Ausschreibungsverträge mit mehreren Leistungserbringern abgeschlossen werden können. Wie schätzen Sie dieses Mehrpartnermodell ein? Gehen Sie bitte auch auf die Bedeutung für die Versichertengemeinschaft ein.

**SV Kai Senf** (AOK-Bundesverband): Wir begrüßen das Ziel des Gesetzentwurfes, den Versicherten mehrere Angebote von aufzahlungsfreien Produkten zur Verfügung zu stellen, ausdrücklich. Auch das Mehrpartnermodell ist aus unserer Sicht durchaus eine Option, diesem Ziel gerecht zu werden. Man muss gleichwohl sagen, dass Wirtschaftlichkeitspotentiale über dieses Modell nicht in dem Umfang gehoben werden können, als wenn es nur einen einzigen Vertragspartner gibt. Insofern müssen die Vertragspartner das auch in ihren Angebotsbeschreibungen einpreisen.

**SV Oliver Dieckmann** (Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS)): Wir halten die Regelungen des sogenannten Mehrpartnermodells für nicht zielführend. Es wird nicht dazu führen, dass das



## Nur zur dienstlichen Verwendung

geplante Ziel, dass der Patient zwischen mehreren Leistungserbringern wählen kann, nachhaltig erreicht wird. Es handelt sich wieder einmal um eine Kann-Regelung, deren Ausgestaltung man abwarten muss. Wenn es tatsächlich das Ziel ist, mehrere Leistungserbringer in den Versorgungsprozess einzubeziehen, wären das Mittel der Wahl die Rahmenverträge nach § 127 Absatz 2 SGB V. Es ist zu befürchten, dass durch diese Regelung vielleicht zwei oder drei Zuschlagsgewinner ähnliche Produkte zu einem ähnlich niedrigen Preis anbieten werden. Hier wäre es sicherlich noch zielführender, wenn man sich anschaut, für welche Hilfsmittel Ausschreibungen wirklich zweckmäßig sind. Was oftmals in der ganzen Diskussion vergessen wird, ist der hohe Dienstleistungsanteil. In dem Zusammenhang fallen mir die Stomaversorgung, aber natürlich auch orthopädische Einlagen ein. Es wird immer so getan, als sei das Hilfsmittel ein Produkt, das der Leistungserbringer vorzuhalten hat. Deshalb können wir mit der Meinung nicht einhergehen und sagen, da wo Ausschreibungen wirklich zweckmäßig sind, könnte man einen Ausschreibungsgewinner dazu verpflichten, mehrere Hilfsmittel anzubieten, auch aufzahlungsfrei. Wenn es das Ziel ist, mehrere Leistungserbringer einzubeziehen, wären Versorgungsverträge nach § 127 Absatz 2 SGB V das Mittel der Wahl.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Sozialverband VdK Deutschland. Es besteht eine Regelung im SGB V, die besagt, dass GKV-Versicherte in der zweiten Hälfte ihrer Erwerbstätigkeit 9/10 dieser Zeit in der GKV versichert sein müssen, um als Pflichtversicherte in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) aufgenommen werden zu können. Künftig sollen für jedes Kind pauschal drei Jahre Vorversicherungszeit bei der Beantragung zur Krankenversicherung der Rentner zugerechnet werden. Können Sie uns darlegen, welche Entlastungen GKV-Versicherte, die ohne diese Anrechnungen als Rentnerinnen lediglich freiwillig versichert werden, dadurch erwarten können?

SVe **Ute Zentgraf** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Die pauschale Zurechnung von drei Jahren Vorversicherungszeit je Kind bei der Beantragung der Krankenversicherung der Rentner, kann zur finanzielle Entlastungen bei unterbrochener Erwerbsbiografie auf Grund von Kindererziehungszei-

ten führen. Nehmen Sie z. B. die Krankenschwester, die ihre Berufstätigkeit wegen der Kindererziehung für, sagen wir mal, zehn Jahre unterbrochen hat und die sich auf Grund der familiären Situation – der Mann war z. B. als Polizist beschäftigt – nicht freiwillig gesetzlich, sondern über ihren Mann in den Beihilfestrukturen krankenversichert hat. Uns allen dürfte klar sein, dass bei dieser Entscheidung nicht die finanzielle Situation als Rentnerin handlungsleitend war, sondern die finanzielle Familiensituation zu diesem Zeitpunkt. Zwar hat diese Krankenschwester nach der Kindererziehungszeit wieder eine Berufstätigkeit aufgenommen, kann aber in der Regel die 9/10-Regelung nicht erfüllen. Den VdK erreichen regelmäßig entsprechende Fallbeschreibungen. Die Problematik verschärft sich noch einmal, wenn die gemeinsame Lebensplanung auf Grund von Scheidung oder Tod des Ehepartners einen weiteren Bruch erlebt. Vor diesem Hintergrund ist die pauschale Zurechnung von drei Jahren Vorversicherungszeit zu begrüßen. Sie entlastet die betroffenen Frauen in einem erheblichen Umfang. Sie müssen dann nur den halben GKV-Versicherungsbeitrag auf ihr Renteneinkommen bezahlen. Dies dürfte auf der anderen Seite nur zu marginalen Beitragsverlusten bei der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Zentralverband der Augenoptiker. Ist aus Ihrer Sicht davon auszugehen, dass sich die Qualität des Kontrollsystems der handwerklichen Leistungen durch den Ausschluss öffentlich bestellter Sachverständiger und die Übertragung dieser Aufgaben an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen verbessert?

SV **Dr. Jan Wetzel** (Zentralverband der Augenoptiker (ZVA)): Es ist bereits so, dass in sozialgerichtlichen Verfahren öffentlich bestellte und vereidigte Sachverständige eingesetzt werden. Das sollen sie auch weiterhin tun, insbesondere dann, wenn es um die konkrete Leistungserbringung und nicht um die Frage, ob eine Indikation für ein besonderes Hilfsmittel vorliegt, geht.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Welche Bedeutung hat die Berücksichtigung von Qualitätskriterien in der Ausschreibung von Hilfsmitteln sowie die Überprüfung des





## Nur zur dienstlichen Verwendung

Hilfsmittelverzeichnisses aus Sicht der ambulanten- und stationären Pflegeeinrichtungen?

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Wir begrüßen die Qualitätskriterien, die ins Gesetz aufgenommen worden sind, ausdrücklich. Das ist hier schon zum Ausdruck gekommen. Die Erfahrungen, die wir bisher überwiegend im Bereich der Pflegeeinrichtungen gesammelt haben, hängen mit der Inkontinenzproduktversorgung zusammen. Hier hat es seitens des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung eine Fragebogenaktion gegeben, ob die Qualitätskriterien ausreichend erfüllt sind und ob die Produkte, die damals die Ausschreibung gewonnen haben, angemessen sind und zu welchen Folgen diese im Einsatz führen. Dabei ist festgestellt worden, dass ein erheblicher Teil der Inkontinenzprodukte, die die Ausschreibungsverfahren gewonnen haben, die Qualitätsmerkmale nur unzureichend erfüllen. Nach Hinweisen der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekräfte aber auch der Versicherten ist die Produktgruppe Inkontinenzhilfen im März 2016 überprüft worden. Bis dahin gab es keine Anforderungen an diese Produktgruppe. Dabei sind von 2 200 Produkten 600 aus der Produktgruppe gestrichen worden. Dies führen wir auf die mangelnde Erfüllung der Anforderungen zurück. Daran können Sie sehen, dass es hilfreich ist, das Hilfsmittelverzeichnis fortzuschreiben und die Qualitätskriterien auf die Inkontinenzprodukte anzuwenden. So ist eine bessere und zuzahlungsfreie Versorgung für die Versicherten und in den Pflegeeinrichtungen möglich.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dieckmann vom Zentralverband Orthopädieschuhtechnik. In Ihrer Stellungnahme setzen Sie sich für eine Klarstellung bei der Ausschreibung von individuellen Hilfsmitteln bzw. von Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil ein. Konkret soll in dem entsprechenden § 127 Absatz 1 SGB V die Wörter „in der Regel“ gestrichen werden. Warum sind Ausschreibungen bei individuell angefertigten Hilfsmitteln bzw. Versorgung mit einem hohen Dienstleistungsanteil nicht sinnvoll?

SV **Oliver Dieckmann** (Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS)): Ich hatte vorhin schon erwähnt, dass der Dienstleistungsanteil eine große

Rolle spielt. Ich beziehe mich hier auf die Zweckmäßigkeitskriterien für Ausschreibungen, die schon 2009 vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung verabschiedet wurden. Wenn man betrachtet, wie die Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil unter § 2 Absatz 4 SGB V definiert ist, nämlich als kontinuierliche Beobachtung des Verhandlungsverlaufs, so trifft dies auf viele Hilfsmittel zu. Ich spreche für das Produkt der orthopädischen Einlage. Viele Patienten und Versicherte sind Diabetiker, das heißt, sie kommen mit einer Neuropathie und einem Rezept. Hier kommt es sehr darauf an, dass Versicherte adhärent sind. Das heißt, sie brauchen, wenn sie zu einem orthopädischen Schuhmacher oder zu einem Leistungserbringer gehen, das Vertrauen in den Leistungserbringer. Neuropathien bringen es mit sich, dass Patienten keine Schmerzen haben. Wenn sie keine Schmerzen haben, müssen Sie unter Umständen mehrfach kommen, weil das Produkt angepasst und mehrfach überprüft werden muss, ob Druckstellen da sind, um Ulzerationen und gegebenenfalls später Amputationen zu vermeiden. Sie müssen eine Vertrauensbasis haben, sonst kommt der Patient nicht mehr und es findet keine Versorgung mehr statt. Aus diesem Grunde fordern wir für die Produkte, die einen hohen Dienstleistungsanteil haben, die Streichung dieser drei Worte „in der Regel“. Es ist nicht so, dass ein Hilfsmittel vorgehalten und abgegeben wird, sondern die Dienstleistung macht mehr als die Hälfte der Leistungen aus.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. und Herrn Prof. Dr. Neubauer. Reichen die vorgesehenen Maßnahmen zur Beschleunigung der Schiedsverfahren aus oder sehen Sie nach wie vor Gefahren für zeitnahe Gebührenabschlüsse?

SV **Karl-Heinz Kellermann** (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)): Grundsätzlich sind wir mit den Schiedsamtregelungen – differenziert – recht zufrieden. Wir können gut damit leben, dass Schiedsverfahren innerhalb von drei Monaten beendet werden müssen und Schiedsamtspersonen vier Jahre im Amt bleiben. Wir halten es nicht für gut, dass die Schiedsamtentscheidung klagbar ist. Das heißt, die Schiedsamtsperson hat eine Entscheidung getroffen, wir informieren unsere Mitglieder, unsere Leistungserbringer über den neuen Preis, der gefunden wurde, und dann kommt



## Nur zur dienstlichen Verwendung

es nach wenigen Monaten zu einem Klageverfahren durch den Vertragspartner. Das Problem ist, dass diese Klageverfahren in der Regel ein, zwei oder drei Jahre dauern können. Möglicherweise kommt es zu einer Rückrechnung, eventuell sogar mit einer Verzinsung. Das heißt beispielsweise, dass unsere Praxen Gehaltsanhebungen ihrer Mitarbeiter zurücknehmen müssen. Hier sehen wir einen zwingenden Nachbesserungsbedarf.

**ESV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Mit der Erfahrung aus dreißig Jahren Schiedsamt kann ich sagen, dass im Bereich der Heilmittelerbringer als Besonderheit hinzukommt, dass wir viele Verfahren haben. Wir erleben gerade, dass große Krankenkassen für sich ein eigenes Verfahren durchsetzen wollen. Das ist nicht so einfach wie etwa im vertragsärztlichen Bereich, wo wir große Blöcke haben. Hier haben wir eine Vielzahl von Schiedsverfahren, bei denen viel Unterschiedliches herauskommen kann. Deshalb ist beim Preisfindungsverfahren neu zu erdenken, ob man nicht auf Bundesebene Rahmen vorgibt, um die vielfältigen Interessen der Verbände und der Kassen zusammen zu bringen. Wichtig ist auch, dass die Schiedsverfahren zügig durchgeführt werden können, ohne dass es danach zu Klageverfahren kommt. Trotzdem kenne ich keinen Schiedsverband, bei dem es nicht auch Klagemöglichkeiten gibt. Das heißt also, Klagemöglichkeiten werden wir nicht generell verbieten können, sondern wir werden Fristen für das Klageverfahren setzen müssen. Das halte ich für sach- und zeitgemäß. So schön wie es ist, dass man die Vergütungen flexibilisiert hat, ist es trotzdem sinnvoll, Rahmenregelungen für alle Verbände, einschließlich der Krankenkassen, zu schaffen.

**Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU):** Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Neubauer. Leistungserbringer haben im Rahmen der Mehrkostenregelung künftig die von den Patienten zu leistenden Aufzahlungen an die Krankenkasse zu melden. Durch diese Regelung soll die Transparenz im Hilfsmittelbereich erhöht werden. Wie bewerten Sie die geplante Änderung?

**ESV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Ich halte diese Regelung für absolut notwendig. Es kann nicht sein, dass ein Sozialgericht Kassen dazu zwingen muss, z. B. die Festbeträge für Hörgeräte zu erhöhen, weil man feststellt, dass der gesamte Markt sich von

Festbeträgen losgelöst hat. Ich glaube, es ist notwendig, dass man als Krankenkasse erkennen muss, wie hoch die Zuzahlungsregelungen geworden sind. Dahinter steckt auch der medizinisch-technische Fortschritt. Es kommen neue Geräte schneller in das System, wenn der Abstand eine gewisse Größe erreicht hat. Man könnte unter Umständen noch einbringen, dass man ab einem bestimmten Abstand eine Neudefinition vorschlägt, z. B., wenn sich die Zuzahlungen im Durchschnitt um 20 bis 30 Prozent der Festbeträge erhöhen. Auf der anderen Seite gibt es eine Reihe von bürokratischen Handlungen, wie die Meldung durch die Leistungserbringer an die Krankenkassen. Der umgekehrte Weg, dass die Patienten selber melden, ist nicht gangbar, so wünschenswert es wäre. Deswegen meine ich, wird man den Leistungserbringern das abverlangen müssen, was letztlich auch für sie ein Vorteil ist. Wenn sich die Festbeträge und die Zuzahlungen voneinander entfernen, ist der Erneuerungsbedarf gegeben. Das kommt letzten Endes nicht nur den Patienten, sondern auch den Leistungserbringern zugute. Von daher halte ich diese Regelung für absolut geboten.

**Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU):** Die Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband und an den Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Die externen Hilfsmittelberater stehen nach den deutlichen Anmerkungen des Bundesversicherungsamtes im Fokus der Gesetzgebung. Wie bewerten Sie die Rolle der externen Hilfsmittelberater im Bereich der Antragsstellung auch vor dem Hintergrund der Sicherstellung des gesteigerten Patienteninteresses? Können Ihrer Auffassung nach der MDK und der MDS eine zeitnahe und exakte Bewertung aller Anträge sicherstellen? Sehen Sie die Notwendigkeit von externen Hilfsmittelberatern auf dem Markt und wenn ja, welchen Anforderungen müssen diese genügen?

**SV Kai Senf (AOK-Bundesverband):** Wir sehen unbedingt die Notwendigkeit der Unterstützung durch externe Expertise von Fachleuten. Nur bei rund 20 Prozent aller Hilfsmittelanträge wird eine allgemeine Prüfung durch die AOK-Mitarbeiter durchgeführt und bei weniger als einem Prozent dieser Anträge ist eine externe Beratung notwendig. Die wesentliche Aufgabe der externen Hilfsmittelberater besteht darin zu prüfen, ob das verordnete



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Hilfsmittel sachgerecht ist. Wird z. B. erstmals ein Standardrollstuhl verordnet, prüfen externe Hilfsmittelberater, ob dieser Rollstuhl tatsächlich auch die Mobilität der Betroffenen im häuslichen Umfeld gewährleistet. Bei der Vielzahl von Produkten ist es den Krankenkassen schlichtweg nicht möglich, für jeden Einzelfall in diesen hochspezialisierten Themenbereichen einzelne Experten vorzuhalten. Deswegen sind wir an dieser Stelle unbedingt auf externe Expertise angewiesen.

**SV Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Die Frage zielt darauf, wie der Medizinische Dienst zum Thema der Hilfsmittelbegutachtung aufgestellt ist. Wir erledigen knapp 4 500 Hilfsmittelbegutachtungen für die Krankenkassen. Unsere Aufgabe ist es dabei, sowohl die medizinische Notwendigkeit als auch die technische Anpasstheit und damit auch die Wirtschaftlichkeit zu beurteilen. Wir sind personell und technisch so aufgestellt, dass wir das erledigen können. Wir wissen, dass die Krankenkassen den Wunsch haben, ergänzend Hilfsmittelberater einzusetzen. Dass wir nicht in große Begeisterung ausbrechen, werden Sie verstehen. Wenn man sich dafür entscheidet, liegt der Fokus nicht auf der medizinischen Notwendigkeit, sondern auf der technischen Anpasstheit der Versorgung. Wenn man das auf der Basis des Vorschlages des GKV-Spitzenverbandes macht, ist das ein Weg, sich zu fokussieren, ohne die Zuständigkeit des MDK, die klar definiert und weiter angelegt ist als der Aufgabenbereich des Hilfsmittelberaters, zu verändern.

**Abg. Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe zunächst eine Frage zu den fachfremden Änderungsanträgen zum Thema Beitragsbemessung für Selbstständige in der GKV. Meine Frage richte ich an den Einzelsachverständigen Herrn Clausnitzer und an den AOK-Bundesverband. Ich habe schon gesagt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf auch die Systematik der Beitragsbemessung für alle freiwillig versicherten Selbstständigen in der GKV umgestellt werden soll. Alle Beiträge aus Arbeitseinkommen sollen künftig zunächst vorläufig festgesetzt und später, nach Vorlage des abschließenden Einkommenssteuerbescheides, rückwirkend endgültig bemessen werden. Welche Selbstständigen würden konkret von dieser Regelung profitieren und für wen bringt sie gegebenenfalls Nachteile mit sich? Was würde

die Umstellung der Systematik insbesondere für freiwillig versicherte Selbstständige mit Krankengeldanspruch und für familienversicherte Selbstständige bedeuten?

**ESV Jochen Clausnitzer**: In unserer Branche sind über 800 000 selbstständige Verkaufsberater tätig, davon rund 500 000 im Nebenberuf. Unser Verband lehnt, wie auch der GKV-Spitzenverband, Änderungsantrag 3, den das Bundesgesundheitsministerium eingebracht hat, in dieser Form ab. Das hat vor allem damit zu tun, dass Geringverdiener und Selbstständige in der Startphase wachsende Einnahmen haben. Wenn sie später ihren Lohnsteuerbescheid bekommen, manchmal kann das drei Jahre dauern, müssten sie über mehrere Jahre die Beiträge nachbezahlen. Das kann gerade für junge Unternehmen, die noch nicht in der Lage sind, Rücklagen zu bilden, durchaus existenzbedrohend sein. Ich will das an einem Beispiel verdeutlichen. Bei uns sind viele Personen, die in der Familienversicherung über den Partner versichert sind, derzeit beitragsfrei gestellt. Wenn die aber die 415 Euro-Grenze überschreiten und beitragspflichtig werden, greift die Mindestbemessungsgrenze von einem vermuteten Verdienst von über 2 000 Euro monatlich relativ schnell. Wenn man z. B. 900 Euro monatlich verdient, muss man 40 Prozent der Einnahmen allein für die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung aufwenden. Das ist aus unserer Sicht prohibitiv hoch. SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. haben im September/Oktober 2016 darauf hingewiesen, dass man die Beiträge der Selbstständigen an die tatsächlichen Verdienste anpassen sollte. Für Geringverdiener kann das bedeuten, dass die Einstiegshürde so hoch wird, dass sie ihre Tätigkeit im Zweifel beenden. Wir weisen in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass die Anzahl der Neugründungen von über 450 000 pro Jahr im Jahr 1997 auf unter 270 000 im letzten Jahr abgesunken ist. Gerade die Sozialkosten haben eine erhebliche Auswirkung auf die Gründerfreundlichkeit unseres Landes. Insofern lehnen wir den Vorschlag zumindest für Geringverdiener und für Existenzgründer in der Startphase in den ersten fünf Jahren ab.

**SV Kai Senf** (AOK-Bundesverband): Ich kann mich den Ausführungen des Vorredners an der Stelle nur anschließen. Ich würde den Kreis um diejenigen erweitern, die sowohl von Beitragsnachzahlungen als



## Nur zur dienstlichen Verwendung

auch von Beitragsersatzungen profitieren können. Da sind unterschiedlichste Beitragskonstellationen auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze vorstellbar. Insofern muss man sagen, dass der vorliegende Änderungsantrag ein Schritt ist, die Beitragszahlung an das tatsächliche Einkommen heranzuführen. Allerdings schiebt es das soweit in die Zukunft, dass es möglich ist, dass Leute nach drei oder vier Jahren, während sie die Selbstständigkeit längst aufgegeben haben, eine Altersrente beziehen etc., noch mit Nachzahlungen konfrontiert werden. Das schafft natürlich nicht wirklich Vertrauen und Akzeptanz in diese Regelung. In Abwägung dieser Vor- und Nachteile würden wir raten, diesen Vorschlag zurückzustellen. Ich glaube, die Selbstständigenproblematik bedarf eines größeren Lösungsansatzes. Man sollte z. B. auch darüber nachdenken, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze abzusenken oder entfallen zu lassen. Insofern plädieren wir dafür, diesen Gesetzesantrag zurückzustellen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich habe eine Frage an den Verband der Gründer und Selbstständigen. Ziel der Regelung ist es, die Systematik der Beitragsbemessung für alle freiwillig versicherte Selbstständige in der GKV auf vorläufige Beitragsbescheide umzustellen. Ist die Herstellung von mehr Beitragsgerechtigkeit für freiwillig versicherte Selbstständige durch die Umstellung der Bemessungssystematik das geeignete Instrument oder welche gesetzgeberischen Maßnahmen werden aus Ihrer Sicht mit Blick auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Selbstständigen notwendig?

SV **Andreas Lutz** (Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD)): Aus meiner Sicht wäre es nicht ausreichend und eher nachteilig, das Gesetz oder den Entwurf in der jetzigen Form anzuwenden. Ich bin da mit den Vorrednern einig. Das hat für die Mehrzahl der Selbstständigen eher Nachteile. Ich finde, eine grundsätzliche, ordnungspolitisch durchaus nachvollziehbare Neuregelung sollte man mit etwas verbinden, das den Selbstständigen auch Vorteile bringt, wie etwa eine Entlastung bei den hohen Mindestbeiträgen, die die Vorredner schon angesprochen haben. Es ist eben so, dass, wenn man über 450 Euro, das gilt für geringfügig beschäftigte Familienmitglieder, oder 415 Euro, die monatliche Einkommensgrenze darf 1/7 der monatlichen Bezugsgröße, d. h. 2 905 Euro nicht überschreiten, verdient, man einen Sprung

von der Familienmitversicherung zu Beiträgen in Höhe von 400 Euro pro Monat macht. Das muss man sich vergegenwärtigen. Im Extremfall muss man den gesamten Gewinn abführen. Das führt zu Fallkonstellationen, in denen jemand leicht über eine Verdienstgrenze hinauskommt, also statt 410 Euro 420 Euro hat und plötzlich 400 Euro Monatsbeitrag bezahlen muss. Das kann auch Jahre später sein. Mein Appell wäre, das Thema der hohen Mindestbeiträge anzugehen. Wenn sich Selbstständige darüber beklagen, dass sie Nachzahlungen leisten müssen, aber keine Erstattungen bekommen, so hat dies oft mit den Mindestbeiträgen zu tun. Wenn ihr Einkommen um diese untere Bemessungsgrenze schwankt, müssen sie die Mindestbeiträge zahlen und wenn es darüber liegt, müssen sie nachzahlen, können aber nicht verrechnen. Deshalb muss man dieses Thema, das auch positiv für die Krankenkassen wirkt, angehen. Das ist die zentrale Ursache für die hohen Beitragsschulden. Es behindert die Erwerbstätigkeit von Frauen, da es oft Frauen sind, die im geringeren Umfang neben der Familienarbeit selbstständig erwerbstätig sind, unter dieser Grenze liegen und unverhältnismäßig hohe Krankenversicherungsbeiträge zahlen. Es gibt auch noch einen anderen Grund, warum man dieses Thema dringend angehen sollte. Wir diskutieren – gerade gestern war die Abschlusskonferenz „Arbeiten für Null“ hier in Berlin – über eine Rentenversicherungs- oder eine Altersvorsorgepflicht. Das geht aber nur, wenn diejenigen Selbstständigen, die bisher zu wenig für die Rente vorsorgen, die wirtschaftlichen Mittel haben. Deswegen muss man diese Grenze der Mindestbeiträge von 400 Euro an die der Angestellten anpassen. Bei Angestellten liegt die Mindestbelastung nur bei circa 80 Euro. Wenn man hier auf eine Gleichbehandlung zielen würde, könnte man diesen Gesetzesentwurf auch umsetzen, weil das keine so gravierend negativen Folgen hätte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Initiative Chronische Wunden e. V., an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an den AOK-Bundesverband. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege künftig auch in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit des Patienten möglich sein soll und der G-BA dazu das Nähere festzulegen hat. Welche Erkenntnisse haben



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Sie über die gegenwärtige Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in Zentren und welchen Regelungsbedarf sehen Sie?

**SV Dr. Karl-Christian Münter** (Initiative Chronische Wunden e. V.): Zunächst muss festgehalten werden, dass die Behandlung chronischer Wunden keine Angelegenheit ist, die in der häuslichen Krankenpflege mehrheitlich oder schwerpunktmäßig stattfindet. Sie ist im Gegenteil eine medizinische Maßnahme, die, wie alle medizinischen Maßnahmen, auf der gründlichen Diagnostik und Therapie der zugrunde liegenden Krankheiten beruht. Das sind bei den chronischen Wunden in der Regel Gefäßkrankheiten, Diabetes mellitus oder Druckwirkungen bei schwer pflegebedürftigen Menschen. Dieses muss erkannt und behandelt werden. Wir nennen es die kausale Therapie, die in ärztlicher Hand liegt. Die lokale Therapie der Wunden erfolgt in der Tat zum großen Teil auf ärztliche Anordnung durch die häusliche Krankenpflege in der Häuslichkeit von Patienten. Spezialisierte Wundzentren könnten eine Lücke ausfüllen, die momentan darin besteht, dass Patienten entweder nur im Hause gepflegt werden können, weil sie nicht mobil oder schwer zu transportieren sind – Transporte würden hohe Kosten erzeugen – oder in ein Krankenhaus eingeliefert werden müssen, um dort Prozeduren zu absolvieren, die z. B. den Einsatz von Medizintechnik wie sonographische Untersuchungen oder größere und kleinere chirurgische Eingriffe notwendig machen. Maßnahmen, die man in der Häuslichkeit per se nicht erledigen kann. Spezialisierte Wundzentren könnten diese Lücke füllen, wenn sie diese Leistung in ärztlicher Regie anbieten. Wir unterstützen als Initiative Chronische Wunden zumindest Modellversuche in diese Richtung. Wir wären auch gern dazu bereit, diese zu begleiten und mit zu evaluieren, weil wir hier eine Chance sehen, eine im Moment deutlich klaffende Versorgungslücke zu schließen.

**Sve Regina Feldmann** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt grundsätzlich die Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Ich kann mich meinem Vorredner anschließen. Es handelt sich nicht um eine Versorgungsform, die im häuslichen Umfeld stattfinden kann. Dies muss in Zentren geschehen. Es müssen Modellvorhaben durchgeführt werden, die eine engere

Verzahnung zwischen den Wundzentren und der häuslichen Pflege darstellen. So kann man die Versorgung dieser Patienten in der Zukunft verbessern.

**SV Kai Senf** (AOK-Bundesverband): Ich kann mich den Vorrednern anschließen. Der Weg über die häusliche Krankenpflege und die Zulassung der Wundzentren ist nicht der richtige Weg. Unser Vorschlag wäre eine Regelung über einen Zuschlag in der vertragsärztlichen Vergütung für Koordinations- und Kooperationsleistungen, aber nicht über den Strang der häuslichen Krankenpflege, die eine aufsuchende Pflege ist. Das ist aus den Vorbemerkungen der Vorredner deutlich geworden. Insofern sehen wir keinen Mehrwert in der jetzt vorliegenden Ankoppelung. Gleichwohl begrüßen wir natürlich, dass durch den G-BA die Versorgung von chronischen Wunden im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gestärkt werden soll.

**Abg. Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., an den Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. und an den Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme wie auch der Bundesrat dafür aus, den Direktzugang zu erproben. Liegen Ihrer Auffassung nach derzeit schon die Voraussetzungen dafür vor, um gegebenenfalls in geringem Umfang und auch kassenindividuell neben der Blankoverordnung diesen Direktzugang modellhaft zu erproben, insbesondere unter dem Aspekt des Ausbildungsstandes, der Teilnahmebereitschaft und der regionalen Verteilung von Leistungserbringern?

**Sve Ute Repschläger** (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.) Ja, die Voraussetzungen sind gegeben und man sollte jetzt unbedingt die Chance nutzen, zumindest im Bereich der muskuloskelettalen Beschwerden. Das muss nicht verpflichtend für alle Kassen sein, sondern kann kassenindividuell sein. Wir haben bestimmte Krankenkassen, die bereits ein hohes Interesse signalisiert haben. Die Ausbildungsstandards in Deutschland sind auch angemessen. Wenn man das mit anderen Ländern vergleicht, wurde dort der direkte Zugang zu einem Zeitpunkt eingeführt, der dem in Deutschland gleicht. Da gab es diesen Übergang von der schulischen zur akademischen Ausbildung, genau wie es jetzt in Deutschland auch ist. Dies hat den Professionalisierungsschub noch mal



## Nur zur dienstlichen Verwendung

unterstützt. Es wäre jetzt die richtige Zeit hierfür. Es ist auch aus einem anderen Grund wichtig. Wir haben den direkten Zugang schon über den „kleinen Heilpraktiker“. Immer mehr Physiotherapeuten wählen jetzt den Weg des „kleinen Heilpraktikers“. Eine Verbandsumfrage zeigte, dass vor zwei Jahren 26 Prozent unserer Mitglieder den Heilpraktiker hatten. Jetzt haben 42 Prozent den "kleinen" oder den „großen Heilpraktiker“. Weitere 20 Prozent unserer Mitglieder planen den Heilpraktiker. Demnächst werden wir also 65 Prozent Heilpraktiker anstatt Physiotherapeuten haben. Das kann nicht der richtige Weg sein. Trotzdem weiß man international, dass nicht jeder den direkten Zugang nutzt. Man muss hinterher entscheiden, ob man das anbieten will. Das macht nicht jeder. Wenn man ihn dann erprobt und nach ein paar Jahren nachfragt, was das gebracht hat und wie alle dahinter stehen, dann haben Studien ergeben, dass 96 Prozent der Ärzteschaft dieses Modell gut finden, weil es Entlastung schafft und bei der Versorgung in der Fläche hilft.

**Sve Frauke Kern** (Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)): Wir als Sprachtherapeuten, da spreche ich auch für den DBS und den DBA, sind für den Direktzugang – alternativlos. Wir möchten die Blankoverordnung nicht. Sie bringt keine Veränderung, die für uns in irgendeiner Form interessant wäre. Das liegt daran, dass wir die fachlichen Voraussetzungen bereits mitbringen. Die logopädische Diagnostik ist bereits fester Bestandteil der Ausbildungs- und Prüfungsordnung und fest in unserer Arbeitsweise verankert. Die logopädische Diagnostik wird von uns derzeit ergänzend zur ärztlichen Diagnostik unabhängig und eigenverantwortlich durchgeführt. Zu den gesetzlichen Voraussetzungen möchte ich sagen, dass diese relativ schnell umgesetzt werden könnten, wenn es zu der Berufsgesetzneuerung in dieser Form kommt. Wir haben im November ein Symposium durchgeführt, an dem alle Berufsfachschulen, die Hochschulverbände sowie alle sprachtherapeutischen Verbände und der Physiotherapieverband teilgenommen haben. Während des Symposiums und im Vorfeld gab es einen Arbeitskreis zur Berufsgesetzneuerung. Wir haben dort mit einer Stimme gesprochen. Wer von den Fraktionen dabei gewesen ist, weiß, dass das eine sehr runde Sache ist. Wir könnten das relativ fix umsetzen. Wir sehen natürlich das Interesse an der Teilnahme. Wir möchten

den Direktzugang jetzt und nicht erst, wenn die Modellklausel, bei der es um die Akademisierung geht, irgendwann 2020 abgeschlossen ist. Wir brauchen sie jetzt. Wir würden es in unseren sprachtherapeutischen Verbänden schaffen, die Teilnahme gut durchzubringen. Dann gab es noch die Frage nach der regionalen Verteilung. Es gibt natürlich ein Stadt-Land-Gefälle. Wenn wir das aber attraktiv gestalten, sehe ich überhaupt kein Problem, dass das von unseren Mitgliedern mitgetragen wird. Wir bieten sehr gerne dem G-BA bei der Findung der Indikationsstellung unsere Expertise an, damit klar ist, für welchen Bereich wir das modellhaft ausprobieren können.

**SV Arnd Longrée** (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)): Auch wir sind der Meinung, dass der Zeitpunkt gekommen ist, neben den Modellen der Blankoverordnung auch den Direktzugang zu erproben. In der Ergotherapie haben wir einen relativ großen Anteil an Menschen mit chronischen und psychischen Erkrankungen. Menschen mit Behinderungen, denen wir immer mehr zugehen, Experten in ihrer eigenen Sache zu sein. Warum können diese nicht mitentscheiden, wann es Zeit ist, tatsächlich eine Ergotherapeutin oder einen Ergotherapeuten in Anspruch zu nehmen? Sie haben Probleme im Alltag und merken, dass sie einen Schub oder sonst etwas haben und könnten dann eine ergotherapeutische Leistung auf eigene Initiative in Anspruch nehmen. Ich denke, dafür ist es an der Zeit. Zu den Kompetenzen: Wir machen ergotherapeutische Diagnostik. Ich denke, wir haben die wesentlichen Kompetenzen. Es kann durchaus sein, dass es notwendig ist, in der Vorbereitung eines Modellvorhabens, denn darüber sprechen wir zum jetzigen Zeitpunkt, noch in geringem Umfang zusätzliche Schulungen zu machen. Das möchten wir gar nicht in Abrede stellen. Das halten wir aber für sehr überschaubar und im Rahmen eines Modellvorhabens auch als absolut üblich. Die Teilnahmebereitschaft der Therapeuten ist da. Die Teilnahmebereitschaft der Patienten ist sicherlich auch vorhanden. Es wird immer wieder gefragt, warum muss ich jetzt schon wieder zum Arzt gehen und mir eine Folgeverordnung holen? Warum kann ich nicht einfach auf eigene Initiative kommen? Diese Fragen sind in den Praxen unser tägliches Brot. Zur regionalen Verteilung: Ich denke, dass es in einem Modellvorhaben wichtig wäre, sowohl den ländlichen als auch den städtischen Bereich in



## Nur zur dienstlichen Verwendung

den Fokus zu nehmen. Daher ist es an der Zeit, Modellvorhaben zu erproben.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe. Im Gesetzentwurf werden verschiedene Maßnahmen für die Ausgestaltung von Ausschreibungen formuliert, die die Qualität der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln verbessern sollen. Reichen nach Ihrer Auffassung diese Regelungen aus, um sicherzustellen, dass die Empfänger von Hilfsmitteln, z. B. Patienten, die Hilfsmittel für künstliche Darm- und Harnaushänge benötigen, aber auch Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, nach ihren individuellen Bedürfnissen angemessen versorgt werden?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Es wurde schon angesprochen. Wir haben erhebliche Probleme bei Ausschreibungen von Hilfsmitteln mit einem hohen Dienstleistungsanteil. Sicherlich ist im Moment eines der größten Probleme die Ausschreibung der Stomaversorgung. Es gibt entsprechende Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, wann Ausschreibungen unzulässig sind bzw. wann ein hoher Dienstleistungsanteil und eine individuelle Anfertigung erforderlich sind. Das sind die Kriterien persönliche und umfangreiche Einweisung oder Nachbetreuung, mehrfache Anleitung von Angehörigen und Pflegepersonal, kontinuierliche Beobachtung des Versorgungsverlaufes zur Komplikationsvermeidung und kurze Reaktionszeiten. All dies ist aus unserer Sicht bei der Stomaversorgung erforderlich. Das ist nichts, was man eben mal selber macht. Hier muss angepasst werden. Nicht alle Versorgungen funktionieren sofort. Es muss teilweise mit Hautschutzringen gebastelt werden. Insofern waren wir sehr überrascht, dass hier Ausschreibungen überhaupt stattfanden. Vor diesem Hintergrund bitten wir dringend darum, dass dieser Teil verschärft wird und nicht einfach nur im Gesetz geregelt ist, dass Ausschreibungen in diesem Bereich unzulässig sind, sondern dass Ausschreibungen mit hohem Dienstleistungsanteil nicht zulässig sind. Wir bitten auch um eine Rechtsverordnung oder gesetzliche Regelung, ab wann dieser hohe Dienstleistungsanteil vorliegt. Wir wären nicht auf die Idee gekommen, dass nach

diesen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes eine Stomaversorgung nicht unter diese Kriterien fällt.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Bundesverband Medizintechnologie. Teilen Sie uns bitte mit, was bei Hilfsmittelausschreibungen mit Unterkostenangeboten gemeint ist bzw. welche Auswirkungen Unterkostenangebote für die Versorgungsqualität haben. Welchen gesetzlichen Handlungsbedarf sehen Sie? Die Frage nach dem Handlungsbedarf geht zugleich auch an den Verbraucherzentrale Bundesverband.

Sve **Daniela Piossek** (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Unter Unterkostenangebote sind Angebote zu verstehen, die von vornherein so kalkuliert sind, dass der angebotene Ausschreibungspreis die anfallenden Kosten, die sich aus der Erfüllung des Vertrags ergeben, nicht abdeckt. Theoretisch müsste also der Leistungserbringer noch Geld drauflegen, um die ausgewiesenen Leistungen zu erfüllen. Die Leistungserbringer erkaufen sich aus unserer Sicht unter anderem damit den Zugang zum Patienten und/oder sie kalkulieren von vornherein einen gewissen Prozentsatz für private Aufzahlungen ein. Wir sehen daher dringenden Handlungsbedarf, um solche Unterkostenangebote auszuschließen. Der Kostenträger muss gesetzlich gezwungen werden, diese Angebote zu erkennen oder zu sichten und dann entsprechend des Gesetzes auszuschließen. Das Problem, das wir haben, das weiß ich auch von den Kostenträgern, ist, dass es teilweise Ausschreibungen gibt, bei denen fast nur Unterkostenangebote abgegeben werden. Deswegen reicht es natürlich nicht, dass sie sagen, man muss innerhalb der eingereichten Angebote schauen. Aus unserer Sicht müssen Sie deswegen als Benchmark die Preise aus §§ 127 Absatz 2 und 127 Absatz 2a SGB V berücksichtigen, um einen realen Vertragspreis zu finden und um sagen zu können, das ist ein Unterkostenangebot und das nicht.

Sve **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Aus unserer Sicht muss vor allen Dingen sichergestellt werden, dass qualitativ unzureichende Angebote wirklich sicher aus der Versorgung ausgeschlossen werden. Das ist bei den derzeitigen Ausschreibungsverfahren, wie eben dargestellt, nicht der Fall. Aus diesem Grund würden wir vorschlagen, dass, bevor ein Anbieter



## Nur zur dienstlichen Verwendung

mit einem Produkt an einer Ausschreibung teilnehmen kann, grundsätzlich gesichert sein muss, dass er nicht unter den Kosten anbietet und er vor allen Dingen die zuvor transparent und öffentlich festgelegten Qualitätsanforderungen sicher erfüllt. Zur Qualität gehört nicht nur die Produktqualität, sondern auch Zugänglichkeit, zeitgerechte Lieferung, Bemusterung, Reaktionszeiten, Wartung, Beratung und ähnliches. Erst wenn diese Kriterien vorgegeben sind, dürfte ein Produkt den Versicherten bzw. den Verbrauchern angeboten werden. Wir sehen dies durch die derzeitige Regelung zur Qualitätsberücksichtigung nicht gegeben. Es müsste eine Eingangsvoraussetzung sein, dass diese Qualität erfüllt wird. Danach könnte man darüber nachdenken, über einen Preis zu verhandeln.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht nochmals an die gleichen Vertreter. Der GKV-Spitzenverband soll verpflichtet werden, das Hilfsmittelverzeichnis auf dem neuesten Stand zu halten. Es ist ein Sonderfall in der Selbstverwaltung, dass die Kostenerstatterseite einseitig Struktur, Qualitätsvorgaben und Erstattungsbetrag des Verzeichnisses festlegt, die wesentlich die Hilfsmittelversorgung mitbestimmen. Sind diese Aufgaben beim GKV-Spitzenverband grundsätzlich richtig angesiedelt? Falls nicht, was könnten Sie sich stattdessen vorstellen?

SVe **Daniela Piossek** (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Die Koordination und Federführung können aus unserer Sicht grundsätzlich beim GKV-Spitzenverband verbleiben. Allein entscheidungsberechtigt sollte er aber nicht sein. Hier sollte von Anfang an externer Sachverstand in die Aktualisierung und in die Fortschreibung einbezogen werden. Daher schlagen wir vor, ein gemeinsames Expertengremium zu etablieren, das sich z. B. aus Experten der medizinischen Fachgesellschaften, der maßgeblichen Leistungserbringer, den Herstellerverbänden, dem MDS und MDK und Vertretern der Kostenträger zusammensetzt. Diese sollten gemeinsam den Fortschreibungsbedarf ermitteln sowie das weitere Vorgehen definieren, abstimmen und beobachten. Die Einzelheiten könnten aus unserer Sicht in der angedachten Verfahrensordnung geregelt werden.

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Aus unserer Sicht

ist diese Regelung nicht angemessen. Wir haben normalerweise, wenn wir an dieser Stelle über die Selbstverwaltung nachdenken, ein Aushandlungsverfahren, bei dem auf der einen Seite die Leistungserbringer und auf der anderen Seite die Kostenträger miteinander die Inhalte verhandeln. Hier gibt es auch eine klare Mitwirkung der Patienten. Eine einseitige Festlegung des Hilfsmittelverzeichnisses durch den GKV-Spitzenverband erfüllt diese Anforderung in keiner Weise. Darüber hinaus haben wir gesehen, dass das Hilfsmittelverzeichnis nicht auf dem aktuellen Stand ist. Man darf an dieser Stelle ein gewisses Interesse dahingehend voraussetzen, dass der aktuelle Stand nicht unbedingt erreicht wird, weil dies mit Kosten verbunden sein kann. Also muss ein öffentliches und transparentes Verfahren entwickelt werden, das eine Patientenmitwirkung beinhaltet. Das ist ganz wichtig. Aus unserer Sicht wäre eine Möglichkeit, um dies zu gewährleisten, die Ansiedlung beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht auch an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Inwiefern entspricht Ihrer Auffassung nach die GKV-Hilfsmittelversorgung heute noch den Kriterien des SGB V für eine zweckmäßige Versorgung? Welchen Anteil haben Hilfsmittelausschreibungen und welche Rückschlüsse ziehen Sie daraus?

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Nach den Rückmeldungen der Verbraucherzentralen ist heute die Hilfsmittelversorgung an verschiedenen Stellen nicht zweckmäßig. Man hat beispielsweise die Inkontinenzprodukte untersucht. Wir haben in der Beratung die Erfahrung gemacht, die von Studien gestützt wird, dass insbesondere Krankenkassen, die Ausschreibungen vornehmen, häufiger negativ auffallen. Offensichtlich scheinen die Ausschreibungen bei den versicherten Verbrauchern oder Patienten zu Problemen zu führen. Wir würden uns deshalb sehr wünschen, dass eine Ausschreibung nur unter qualitätsgesicherten Produkten – wenn überhaupt – möglich ist und dass wir uns die Frage stellen, ob bestimmte Ausschreibungen überhaupt durchgeführt werden sollten. Der hohe Dienstleistungsanteil wurde schon genannt. Es gibt sicherlich auch Fälle, wo komplexe Versorgungen sehr zeitkritisch erfolgen müssen, z. B. in der Palliativversorgung, bei der Akutversorgung oder in manchen





## Nur zur dienstlichen Verwendung

Fällen des Entlassmanagements. Das sollte im Interesse der Patienten nicht der Ausschreibung unterliegen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme bei der neuen Regelung zur Unterstützung der Patientenvertretung im G-BA von einem systemdestruktiven Charakter für die Zusammenarbeit der maßgeblichen Organisationen. Das ist schon harter Tobak, den Sie hier aufgeschrieben haben. Es würde mich interessieren, wie Sie zu dieser Einschätzung kommen.

SVe **Dr. Ilona Köster-Steinebach** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Zunächst einmal möchte ich deutlich machen, dass wir, dass alle Patientenorganisationen die mit diesem Vorschlag verbundene Anerkennung der Patientenorganisationen begrüßen. Wir alle begrüßen auch sehr, dass diese Arbeit, die derzeit zu einem erheblichen Teil unentgeltlich und auch ohne Kostenentschädigung erfolgt, gefördert werden soll. Nichtsdestotrotz steht die effektive Vorbringung von Anliegen insbesondere in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf zwei wichtigen Säulen. Die eine ist, natürlich aus der Betroffenheit heraus, zu wissen, welche Probleme Menschen und Patienten haben. Es genügt aber oft nicht, diese einfach nur vorzubringen. Das bewirkt im Gesundheitswesen sehr wenig. Es braucht ergänzend die zweite Säule der Patientenvertreter, die die politischen Hintergründe, die Zusammenhänge im Gesundheitswesen und die Spielregeln im Gremium kennen, die, kurz gesagt, die Erfahrung haben und Vernetzung mitbringen. Wir benötigen also langjährige Benennungen. Die jetzige Regelung zielt auf neue Benennungen ab, die honoriert werden sollen. Insofern wird hier ein Anreiz gesetzt, genau eine wichtige Säule der Patientenvertretung nicht zu fördern. Dazu kommt noch, dass eine Fahrtabhängigkeit geschaffen wird. Verbände, die am Anfang sehr viele Patientenvertreter mitbringen, werden besonders intensiv gefördert. Die Wirksamkeit der Patientenvertretung basierte bisher aber immer darauf, dass unterschiedliche Anliegen von unterschiedlichen Verbänden ausgewogen vorgetragen und ausgewogen in den gemeinsamen Positionen dargestellt werden können. Das würde mit dieser Finanzierungslogik,

die darüber hinaus insgesamt zu niedrig ist, ausgehebelt. Vor diesem Hintergrund würden wir den jetzigen Vorschlag allerhöchstens als Ergänzung der Förderung der maßgeblichen Organisation in ihrer Arbeit als sinnvoll erachten.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Es geht noch einmal um den sachfremden Änderungsantrag zum HHVG. Durch diesen sollen Sozialversicherungs-sonderrechte für Notärztinnen und Notärzte eingeführt werden. Ich möchte von Ihnen wissen, was Sie von der Einführung einer solchen Sonderregelung halten und welche Folgewirkungen diese haben könnten.

SVe **Dr. Dana Matlok** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Die vorgesehene Neuregelung soll das erzielte Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung als Notarzt unter bestimmten Bedingungen von der Sozialversicherung beitragsfrei stellen. Wir halten eine solche Beitragsfreiheit für Notärzte im Rettungsdienst für sehr problematisch. In der Gesetzesbegründung oder der Begründung zum Änderungsantrag bleibt offen, warum das Entfallen der Pflicht zur Beitragszahlung zu einer Erleichterung für Ärzte im Rettungsdienst, die sich zusätzlich engagieren, führen soll. Jedenfalls werden die Pflicht zur Beitragszahlung zur Rentenversicherung bzw. zur Sozialversicherung und die damit verbundene finanzielle Belastung nicht als ausschlaggebendes Problem für die Sicherstellung einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung benannt. Die Notwendigkeit, die betreffenden Ärzte von der Beitragszahlungspflicht zu befreien, erschließt sich uns deshalb nicht. In der Regel können sich die Ärzte wegen ihrer Mitgliedschaft in der berufsständigen Versorgung in der Rentenversicherung beitragsfrei stellen lassen. Aus unserer Sicht liegt das eigentliche Problem darin, dass die zusätzliche Tätigkeit im Rettungsdienst neben der hauptberuflichen Tätigkeit zu Konflikten mit dem Arbeitszeitgesetz und damit mit der Höchstarbeitszeit führen kann. Die Haupt- und Nebenbeschäftigungen können zusammen die Höchstarbeitszeitgrenzen überschreiten. Dieses Problem löst die vorgesehene Regelung gerade nicht, im Gegenteil. Aus unserer Sicht werden durch diese Ausnahmeregelung für die Ärzte im Rettungsdienst falsche Begehrlichkeiten geweckt. Begehrlichkeiten insofern, dass auch



## Nur zur dienstlichen Verwendung

andere Berufsgruppen eine Freistellung von der Sozialversicherung für sich fordern würden. Man kann in diesem Fall an die Sanitäter oder die Fahrer der Rettungswagen denken. Warum sollen dann diese Personen Beiträge zahlen und der Arzt, der mitfährt, gerade nicht? Aber auch andere Berufsgruppen, deren Tätigkeitsfeld im allgemeinen Interesse liegen, würden sich vielleicht auch zurecht fragen, warum sie so eine Befreiung nicht erhalten und die Notärzte eine besondere Honorierung erhalten. Aus diesen Gründen sehen wir die Sonderregelungen als sehr problematisch an.

**SV Ingo Schäfer** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir können uns weitgehend anschließen. Auch für uns erschließt sich nicht, wieso Nebenberuflichkeit das ausschlaggebende Kriterium zur Versicherungsfreiheit sein soll. Uns erschließt sich auch nicht, wieso die Sozialversicherung zur Förderung von gesellschaftlich relevanten Aufgaben herangezogen werden soll. Das ist klassischer Weise die Aufgabe des Steuerzahlers und nicht der Sozialversicherungszahler. Das bedeutet insbesondere auch für die Krankenversicherung, sofern die Notärzte in den eingesetzten Fällen freiwillig GKV-Versicherte sind, dass man hier den GKVen und den Pflegekassen Mitgliedsbeiträge entzieht, ohne dass der Grund ersichtlich ist. Für die gesetzliche Rentenversicherung (GRV), das wurde schon gesagt, besteht nach § 6 SGB VI die Möglichkeit der Versicherungsfreiheit. Durch das neue Gesetz würde den Notärzten hier sogar der Spielraum genommen, freiwillig pflichtversichert in der GRV mit entsprechenden Leistungen zu bleiben, die die Ärztekammer unter Umständen nicht bietet. Hier entzieht man den Ärzten eine gewisse Möglichkeit. Deswegen ist es für uns nicht nachvollziehbar. Es ist eine Form der Ausweitung, die im Nebenberuf auf keine Form der Einkommenshöhe beschränkt ist. Was genau heißt das? Geht es um die Stunden oder um das Einkommen? Wie soll das austariert werden? Auch hier bestehen Unklarheiten und Abgrenzungsfragen. Wieso soll der hauptberufliche Notarzt versicherungspflichtig sein, wenn er angestellt ist, während er im Nebenberuf versicherungsfrei wird? Hier erschließt sich überhaupt nicht der Sinn und Zweck, warum das über die Sozialversicherung geregelt werden soll.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Die gleichen

Adressaten für meine Frage, aber in der umgekehrten Reihenfolge: Deutscher Gewerkschaftsbund und Deutsche Rentenversicherung Bund. Per Änderungsantrag soll auch eine Regelung hinzukommen, die Teilrentnerinnen und -rentner um das Krankengeld bringen kann. Können Sie erläutern, inwieweit das die Bereitschaft fördern soll, im Alter noch einer Arbeit nachzugehen?

**SV Ingo Schäfer** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Diese Frage stellt sich uns auch. Wir haben es grundsätzlich begrüßt, dass der Gesetzgeber im September das Flexirentengesetz beschlossen hat. Die Teilrente und der Hinzuverdienst sind eine auch von uns begrüßte Möglichkeit, den Übergang vom Erwerbsleben in die Rente attraktiver zu gestalten. Wir haben damals schon darauf hingewiesen, dass es für den Nebenverdienst zur Rente sozialrechtliche Regelungslücken gibt. Wir sind sehr verwundert, dass der Gesetzgeber nun diese Regelungslücken nicht schließen, sondern nachträglich vergrößern möchte. Er möchte ausdrücklich das Krankengeld rückwirkend gänzlich streichen. Er möchte auch, was ein bisschen an die Diskussion im SGB II erinnert, eine Verschiebung von der Teilrente in die Vollrente erreichen, um den Betroffenen damit den Krankengeldbezug zu verwehren, obwohl diese zuvor Beiträge gezahlt haben. Dies ist unseres Erachtens schädlich für das Anliegen, dass man Beschäftigte ernsthaft dazu bringen will, länger zu arbeiten und diesen geringeren Verdienst durch eine Teilrente zu ergänzen, indem man ihnen die soziale Absicherung, in diesem Fall in Form des Krankengeldes, verwehrt.

**SVe Dr. Dana Matlok** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Auch wir sehen das so, dass ein Ziel des Flexirentengesetzes gerade war, die Kombination von Rentenbezug und Erwerbstätigkeit zu erleichtern und auch zu fördern. Die Bereitschaft der Rentner, neben einer Altersrente jetzt auch noch hinzuzuverdienen, dürfte aus unserer Sicht sinken, wenn rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld entstehen kann, obwohl die Bescheide über die Gewährung einer Altersvollrente aufgehoben werden und der Betroffene nur noch einen Altersteilrentenanspruch hat. Der Ausschluss des Krankengeldanspruches in dieser Konstellation wäre auch ein erheblicher Eingriff in die soziale Sicherung der betroffenen Rentner. Er ist deshalb



## Nur zur dienstlichen Verwendung

problematisch, weil die Betroffenen die zu viel gezahlten Renten an uns zurück erstatten müssen. Wenn dann noch zusätzlich kein Krankengeldanspruch entsteht, könnte das den Betroffenen im Einzelfall finanziell überfordern. Deshalb konterkariert die vorgesehene Regelung zur Flexibilisierung von Teilrenten und zum Hinzuverdienst aus unserer Sicht das Ziel, Menschen länger im Erwerbsleben zu halten. Es ist sehr willkürlich, dass Bestehen oder das Nichtbestehen eines Krankengeldanspruches von einer Prognose und deren Realisierung abhängig zu machen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich will noch einmal zu dem Bereich der Hilfsmittel zurückkehren und eine Frage an die Initiative Chronische Wunden stellen. Wir haben uns hier schon einmal mit einem Gesetz, mit dem das neue Konstrukt von sogenannten Wundzentren eingeführt werden sollte, beschäftigt. Damals hat die Regierung weise darauf verzichtet, hier etwas zu verschlimmbessern. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Legaldefinition von Verbandmitteln? Ist damit gewährleistet, dass es zum einen eine hochwertige Versorgung für die Patientinnen und Patienten gibt und andererseits Scheininnovationen im Wundbereich mit fragwürdiger Qualität und damit unnötigen Ausgaben vermieden werden? Inwiefern halten Sie die Regelungen zu den spezialisierten Wundzentren für geeignet? Welche Auswirkungen erwarten Sie insbesondere auf die Qualität der pflegerischen Versorgung zu Hause bei immobilen Patientinnen und Patienten?

SV **Dr. Karl-Christian Münter** (Initiative Chronische Wunden e. V.): Wir begrüßen ausdrücklich die doppelte Absicht der Bundesregierung, zum einen die Versorgung der Menschen mit chronischen Wunden und zum anderen die Rechtssicherheit in der Verordnung von sogenannten Wundprodukten zu verbessern. Wir folgen der Legaldefinition der Bundesregierung auch in der Unterscheidung von klassischen und nicht klassischen Verbandmitteln. Ein klassisches Verbandmittel soll durch die Eigenschaft, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken und deren Körperflüssigkeiten aufzusaugen, gekennzeichnet sein. Es würde auch nicht schaden, die Wunden feucht zu halten. Besonders dankbar sind wir der Regierung, dass sie den vorliegenden Referentenentwurf in der Hinsicht deutlich verbes-

sert hat, indem sie in ihrer Definition den Zusatznutzen von Verbandaufgaben mit einbezogen hat. Diese Zusatznutzen sind geruchsbindend, antibakteriell und reinigend. Warum sind wir so dankbar? Die Behandlung chronischer Wunden benötigt in der Regel mehrere Monate. Die Menschen, die unter diesen Wunden leiden, durchlaufen Wundheilungsphasen, die durchaus unterschiedliche Anforderungen an Verbandmittel stellen. Es ist für die betroffenen Patienten meistens nicht die Frage, wie groß die Wunde ist oder wann die Wunde endlich verheilt ist – das ist ein medizinischer Parameter –, sondern es ist wichtig, ob z. B. Exsudat im Überschuss da ist, so dass eine Verbandsauflage erschöpft ist und das Exsudat durch die Hose läuft. Es ist wichtig, ob Schmerzen die Nachtruhe verhindern. Es ist wichtig, ob ein übler Geruch die Nachbarn im Bus vertreibt und den Betroffenen in die soziale Isolation drängt. Für Anwender und Betroffene gehören Verbandsauflagen und Verbandmittel, die diesen Zusatznutzen haben, zum klassischen Repertoire in der Behandlung chronischer Wunden. Käme der wesentlich restriktivere Entwurf der Legaldefinition aus dem Referentenentwurf zum Einsatz, würden wir uns von einem Tag auf den anderen mit sterilen Mullkompressen und Mullbinden wiederfinden, die im Einsatz an chronischen Wunden denkbar ungeeignet sind. Wir erkennen durchaus an, dass es eine Abgrenzung zu Wundprodukten, die z. B. die zugrunde gelegten Eigenschaften klassischer Verbandmittel nicht erfüllen, aber wundheilungsfördernde Eigenschaften beanspruchen, geben muss. Diese sollen sich durchaus einem Verfahren vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss stellen und ihre Wirksamkeit belegen. Wobei angefügt werden muss, dass wir uns im Bereich der Medizinprodukte bewegen, wo die Erstellung von Evidenz durchaus schwieriger sein und länger als bei Medikamenten dauern kann, so dass das reine Übertragen des AMNOG-Verfahrens für Medikamente auf Medizinprodukte sicher schwierig ist.

Zum Bereich der Wundzentren wäre zu sagen, dass dieser Begriff der Zentren so definiert sein müsste, dass unter ärztlicher Leitung eine enge Kooperation mit Ärzteteams aus verschiedenen Disziplinen besteht und diese in der Lage sind, Prozeduren anzubieten, die in der Häuslichkeit nicht möglich sind und nicht unbedingt notwendigerweise im Krankenhaus erbracht werden müssen. Solche Wundzentren hätten eine Chance, eine Versorgungslücke



## Nur zur dienstlichen Verwendung

zu schließen. Deshalb befürworten wir Modellversuche.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Unsere erste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Igl. Eigentlich gibt es den Direktzugang schon über die beschränkte Heilpraktikererlaubnis. Ist dies in Ihren Augen sachgerecht und ausreichend?

ESV **Prof. Dr. Gerhard Igl**: Die erste Frage beim Direktzugang ist, wohin dieser führen soll. Man muss sehr deutlich zwischen Heilberuferecht und Krankenversicherungsrecht unterscheiden. Heilberuferechtlich haben wir den Direktzugang zum Patienten im Sinne der selbstständigen Ausübung von Heilkunde. Dies steht im Heilpraktikergesetz und nicht in der Bundesärzteordnung. Dies ist beim Arzt und beim großen und kleinen, beschränkt auf das Fachgebiet, Heilpraktiker der Fall. Das ist eine eigenartige Situation zum Krankenversicherungsrecht. Hier geht es um den Direktzugang zum Patienten, der im Krankenversicherungssystem krankenversichert ist. Das ist zurzeit nur beim Arzt der Fall. Beides hängt aber zusammen. Man kann ganz einfach sagen, wenn heilberuferechtlich die selbstständige Ausübung von Heilkunde nicht zuerkannt ist, gibt es im GKV-System sozialversicherungsrechtlich keinen selbständigen Zugang bzw. keinen Direktzugang der Patienten. Wie ist die heilberuferechtliche Situation? Jetzt arbeiten wir, um in der Terminologie des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes zu bleiben, mit einer Krücke und die heißt sektorale Heilpraktikererlaubnis. Warum ist das eine Krücke? Nehmen wir als Beispiel Nordrhein-Westfalen. Hier braucht man, um diese sektorale Heilpraktikererlaubnis in der Physiotherapie zu bekommen, 60 Stunden à 45 Minuten für die Zusatzqualifikation – diese kauft man privat ein – und eine einstündige schriftliche Prüfung. Dann bestätigt die Gesundheitsbehörde, dass eine Prüfung nach 60 Unterrichtsstunden abgelegt wurde. Anschließend wird nach Aktenlage über die sektorale Heilpraktikererlaubnis entschieden. Das hat sich der Gesetzgeber des Heilberuferechts so hoffentlich nicht vorgestellt. In den Therapieberufen, aber auch in den anderen Berufen, haben wir schriftliche, mündliche und praktische Prüfungen. In der Therapie geht es nicht ohne praktische Prüfung. Hiervon bin ich überzeugt. Was kann man machen? Es ist nicht schwierig. Sie ändern die Ausbildungs-

und Prüfungsordnung. Frau Dr. Haas und Herr Prof. Hecken haben auf den Königsweg hingewiesen. Der Königsweg ist der einfach gesetzlich vorgeschriebene Weg. Den muss man jetzt schon – entschuldigen Sie Herr Prof. Hecken – als Königsweg bezeichnen, weil er offensichtlich so fern liegt. Übrigens haben die Regierungsfractionen selbst im Änderungsantrag 33 zum Pflegestärkungsgesetz III – ich weiß, der ist zurückgezogen worden – bezüglich der Osteopathie gezeigt, wie man es machen kann. Dieses Regelungsmuster können Sie eins zu eins auf die anderen Berufe übertragen. Ich frage mich nur, warum es da so schnell gehen sollte. Es war auch inhaltlich und beruflich falsch. Ich bin froh, dass dieser Antrag zurückgezogen wurde. Man kann aber das Regelungsmuster heranziehen. Nun frage ich mich nochmal, warum der Gesetzgeber es sehenden Auges zulässt, dass hier der Direktzugang behelfsmäßig auf Krücken stattfinden soll. Sie sehen doch, wenn es so weiter geht, haben wir in diesen Berufen den Krückenweg und nicht den Königsweg. Es begann bei den Physiotherapeuten, es geht weiter bei den Ergotherapeuten – wir haben entsprechende Urteile seit 2015 –, es geht weiter bei den Podologen und ich sage Ihnen, die Orthopisten stehen in den Startlöchern. Wir definieren also unsere Heilberufe, die selbstständig werden wollen, über die Krücke des „Kleinen Heilpraktikers“ oder der sektoralen Heilpraktikererlaubnis. Nun könnte man sagen, dass dies ja so geht. Aber nein, es passt nicht, weil das Heilpraktikergesetz sich nicht um Versorgungsqualität, sondern nur um Schadensverhinderung kümmert. Unsere Heilberufe haben aber eine Versorgungsqualität im Kopf. Das war der heilberuferechtliche Direktzugang. Zum krankenversicherungsrechtlichen Direktzugang: Hier haben wir gegenwärtig den Arztvorbehalt nach §§ 3, 15 und 28 SGB V. Diese müsste man entsprechend ändern. Wenn man jetzt bei den Therapieberufen die Ausbildung entsprechend zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde ändern würde, ist alles andere nur noch eine Frage der rechtlichen Einbindung ins Krankenversicherungssystem. Da brauchen wir das entsprechende Feintuning, wie das bezüglich Einbindung in die Versorgungsverankerung, Qualitätssicherung, Vergütungsrecht usw. gemacht wird. Das ist aber alles beherrschbar. Da muss man das Rad nicht neu erfinden.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS/90 DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage geht auch an Herrn Prof. Dr. Igl. Warum sollten Heilmittelerbringer mehr Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung erhalten und wie beurteilen Sie vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz im Vergleich zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS/90 DIE GRÜNEN?

ESV **Prof. Dr. Gerhard Igl**: Sie fordern im Antrag auf Drucksache 18/10247, den Direktzugang modellhaft zu erproben. Ich halte ihn beruferechtlich und krankenversicherungsrechtlich mit den Maßgaben, die ich genannt habe, für dringend notwendig. Bei der Blankoverordnung sollte man noch in die Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände zu § 64d SGB V hineinsehen, um das zu verstehen. Ich halte diese Veränderung im Versorgungswesen für dringend notwendig und alle Gründe sind bekannt. Sie können das überall nachlesen. Es geht nicht um Wünschbarkeit, es geht um Notwendigkeit.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS/90 DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Spitzenverband der Heilmittelverbände. Welche Konsequenzen hat es Ihrer Ansicht nach für die Vergütung der Heilmittelerbringer, dass die Abkopplung von der Grundlohnsumme im Gesetzentwurf auf drei Jahre befristet wurde?

SV **Karl-Heinz Kellermann** (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)): Die Grundlohnsumme hat uns in den Heilmittelpraxen über viele Jahre bei der Preisentwicklung gehemmt. Wir haben heute durch die schlechte Vergütung den Zustand, dass wir keinen Nachwuchs bekommen, die Schulen leer sind und der Beruf unattraktiv geworden ist. Aus diesem Grund haben wir schon zum Versorgungsstärkungsgesetz gefordert, dass die Grundlohnsummenanbindung unserer Preisfindung wegfallen muss. Wir fordern nach wie vor, dass sie für alle Zeiten wegfallen muss und nicht nur für drei Jahre, weil die drei Jahre uns in unserer Hauptaufgabe, den Nachholbedarf auszugleichen, behindern. Drei Jahre sind unrealistisch für uns. Wir fordern grundsätzlich den Wegfall der Grundlohnsumme bei der Preisgestaltung für unserer Praxen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die BAG SELBSTHILFE. Im Gesetzentwurf ist eine Pauschale von 50 Euro für jede benannte, sachkundige Person enthalten. Wie bewerten Sie, die mit sehr vielen Ehrenamtlichen arbeiten, diese Regelung?

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir bewerten die Regelung nicht als destruktiv, aber auch nicht als hinreichend. Ich glaube, alle Patientenorganisationen können sich darauf einigen, dass die Strukturen insgesamt gestärkt werden müssen. Die Regelung kann eine Hilfestellung sein, um den Koordinationsaufwand, den man bei Ehrenamtlichen hat, aufzufangen. Die ständigen Patientenvertreter organisieren sich durch die Erfahrung, die sie haben, ein Stück weit selber. Bei den Ehrenamtlichen ist es unterschiedlich. Da ist es durchaus so, dass man manchmal einen relativ hohen Koordinierungsaufwand hat, der durch 50 Euro kaum abgedeckt ist. Da bräuchte man eher mehr. Bei anderen Themen ist das eine Sache, die von selber läuft. Insofern ist es jedes Mal ein Koordinierungsaufwand. Daher sehen wir die Regelung als Hilfestellung, aber nicht als ausreichend an.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an die Deutsche Rentenversicherung Bund. Heute Morgen im Ausschuss wurde deutlich gemacht, dass es darum geht, Prüfungen bezogen auf die Scheinselbstständigkeit zu vermeiden und die notärztliche Versorgung in sehr dünn besiedelten Gebieten damit sicherzustellen. Sehen Sie bei der Prüfung der Scheinselbstständigkeit ebenfalls ein Problem? Sind mit dieser Regelung Auswirkungen auf andere Berufsgruppen zu befürchten?

SVe **Dr. Dana Matlok** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Wir hatten ausgeführt, dass die Honorarärzte keine Sonderstellung erhalten sollten. Bei der Scheinselbstständigkeit sehen wir keine Probleme. Für uns sind die Notärzte Beschäftigte. Daran ändert auch eine Einschränkung nichts. Die Befreiung von der Beitragspflicht, die von vielen Ärzten in Anspruch genommen wird, löst das Problem nicht. Alle beschäftigten Personengruppen



## Nur zur dienstlichen Verwendung

sind in Deutschland gleichermaßen beitragspflichtig. Die Ausnahmeregelung für die Notärzte führt zu Begehrlichkeiten bei anderen Personengruppen. Wir sehen das als Einfallstor für alle Berufsgruppen, die im Interesse der Allgemeinheit arbeiten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage geht an den Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe. Sehen Sie die Hochschulausbildung als notwendige und auch hinreichende Voraussetzung für den Direktzugang für therapeutische Berufe an?

SVe **Prof. Dr. Hilke Hansen** (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG)): Wir sind der Auffassung, dass Therapeuten derzeit bereits ausreichend ausgebildet sind, um in ihren speziellen Gebieten wie Bewegung, Betätigung und Kommunikation zu diagnostizieren. Es ist natürlich erforderlich, und das ist z. B. in den Niederlanden auch gemacht worden, Anpassungslehrgänge für den Direktzugang durchzuführen. Es geht darum, herauszufinden, wann eine Überweisung zum Facharzt erforderlich ist. Das muss klar und für alle transparent sein. Dazu kann man Anpassungslehrgänge machen. Ansonsten sind wir der Auffassung, dass Deutschland seinen Sonderweg, der heute schon einmal angesprochen wurde, vor allen Dingen im Hinblick auf die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe dringend beenden muss. Wir unterstützen Herrn Prof. Dr. Igl. Deutschland ist das letzte Land, das die Gesundheitsfachberufe nicht akademisch ausbildet. Um Therapie und Diagnostik auf hohem Niveau durchzuführen, brauchen wir perspektivisch die akademische Ausbildung.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Unsere nächste Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa). Es fehlt eine Klarstellung, wer als Hilfsmittelerbringer in Betracht kommt. Angesichts der Beratungspflicht ist das von großer Bedeutung. Halten Sie es für sinnvoll, dass ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, zumindest für bestimmte Produktgruppen, als Hilfsmittelerbringer anerkannt werden?

SV **Bernd Tews** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Zunächst einmal muss man feststellen, dass es zwei Möglichkeiten der Zulassung als Hilfsmittelerbringer gibt, einmal durch

die Präqualifizierung und dann durch die Erbringung von Leistungen nach § 127 Absatz 3 SGB V, wo es um die Einzelfälle geht. Bisher ist es so, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste als Hilfsmittelerbringer, insbesondere im Bereich der Hilfsmittelversorgung, die eher dem täglichen Gebrauch dient, sprich Inkontinenzversorgung u. ä., zugelassen sind. In Verbindung mit den spezifischen Dienstleistungen dieser Institutionen für ältere und multimorbide Menschen sowie Menschen mit Behinderung ist es durchaus angezeigt, diese Versorgung in speziellen Fällen weiter zu ermöglichen und bei Eignung entsprechende Vereinbarungen mit den Kassen abzuschließen. Es sollte unserer Auffassung nach in § 126 Absatz 1 SGB V noch einmal klargestellt werden, dass diese Möglichkeit besteht und die Einrichtungen, die eine Präqualifizierung durchlaufen haben, die Möglichkeit haben, diese Leistung weiterhin über eine Bestandsschutzregelung auszuführen.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an den Deutschen Bundesverband für Logopädie. Wovon hängt Ihrer Ansicht nach die Versorgung für Logopädinnen und Logopäden insbesondere in dünn besiedelten und strukturschwachen Regionen ab? Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Versorgung in solchen Regionen zu verbessern?

SVe **Frauke Kern** (Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)): Wir sehen im Moment, dass der Aufbau von Praxen in ländlichen Regionen unattraktiv ist, einmal wegen der z. B. in Berlin und Brandenburg vergleichbaren Vergütungssituation. Es gibt auch keine angemessene Aufwandsvergütung z. B. bei Hausbesuchen, die uns von der Stadt auf das Land bringt. Es gibt definitiv, und das ist eigentlich das Entscheidende, zu wenig Ärzte auf dem Land. Im Moment haben wir diese Abhängigkeit voneinander und auch den Willen, mit den Ärzten zusammenzuarbeiten. Das möchte ich betonen. Was haben wir dann dort zu suchen, wenn keine Ärzte da sind? Es ist schwierig, weil wir so keine optimale Versorgung gewährleisten können. Zudem fehlt uns auch die entsprechende Interdisziplinarität, auf die wir sehr viel Wert legen. Wir sehen die Möglichkeit, interdisziplinäre Praxen im Sinne einer integrierten Versorgung zu etablieren. Wichtig ist es, Anreize zu setzen, wie z. B. die Vergütung des Mehraufwands oder eine angemessene



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Aufwandsvergütung zur Durchführung von Hausbesuchen. Das sind kleine Beispiele.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an ver.di. Sehen Sie eine Möglichkeit, für angestellte Heilmittelbringer in privaten Praxen Tariflöhne zu erzielen und wie wäre das zu bewerkstelligen?

Sve **Grit Genster** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Aus unserer Sicht ist es notwendig, dass bei den Vertragsverhandlungen der Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne und Arbeitsentgelte erbracht werden muss. Leider gibt es nur wenige Praxen, die die Tarifverträge für die angestellten Therapeuten auch tatsächlich anwenden. Deshalb begrüßen wir die Initiative des Bundesrates sehr. Aus unserer Sicht muss Tariftreue gesetzlich unterstützt werden. In den Verträgen zur Heilmittelversorgung sind deshalb die Vergütungsgrundsätze, die Nachweispflichten für die gezahlten Tariflöhne oder, soweit eine Tarifbindung in der Fläche nicht besteht, die Arbeitsentgelte zu regeln.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Wir haben bereits über externe Hilfsmittelberater gesprochen. In welchen Versorgungsbereichen halten Sie deren Einsatz für sinnvoll und welche Anforderungen für einen Beauftragten externen Hilfsmittelberater sollte es geben?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Aus Sicht des Spitzenverbandes muss man die Zuständigkeit und die Praxis der medizinischen Dienste, es ist deutlich gemacht worden, dass dies in hunderttausendfacher Art und Weise geschieht, als wichtigen Standpunkt betrachten. Der Spitzenverband sieht es so, dass externe Hilfsmittelberater ergänzende Funktionen haben, was das breite Spektrum der Hilfsmittelversorgung betrifft und insbesondere wenn es darum geht, konkrete Anpassungen von Hilfsmittelversorgungen im Detail und in den verschiedenen Fachgebieten sachgerecht zu beurteilen. Es wäre sinnvoll, dass das in bestimmten Bereichen durch externe Hilfsmittelberater geschieht. Für uns ist ganz entscheidend, dass diese Hilfsmittelberater völlig unabhängig ihre Tätigkeit im Auftrag der Krankenkassen fachlich durchführen können und keinerlei Vertragsverhältnisse haben, so

dass sie nicht in den Verdacht kommen, vom Ergebnis der Beratung irgendeinen wirtschaftlichen Vorteil zu haben. Es muss eine ergänzende fachliche Expertise sein, um die Qualität und die Angemessenheit der Versorgung möglichst komplett beurteilen und unterstützen zu können. Es ist für alle Beteiligten wichtig, d. h. für Krankenkasse, externe Hilfsmittelberater und Kolleginnen und Kollegen vom medizinischen Dienst, dass keinerlei Verdachtsmomente aufkommen können, dass externe Hilfsmittelberater durch die Beratungstätigkeit einen wirtschaftlichen Vorteil haben. Das scheint mir ganz entscheidend zu sein. Wenn dies gewährleistet ist, halte ich das als ergänzende Komponente für sinnvoll.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an die BAG SELBSTHILFE. Es wurde das Hilfsmittelverzeichnis für die Inkontinenzhilfen überarbeitet. Sehen Sie die wesentlichen Probleme, die wir hatten, damit gelöst?

Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Nach dem Spiel ist vor dem Spiel. Die wesentlichen Probleme sind sicherlich erst einmal gelöst. Man muss aber an einigen Stellen noch einmal arbeiten. Das ist der Sinn einer regelmäßigen Überprüfung.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Eine kurze Frage an den G-BA. Sehen Sie im Kriterienkatalog des Innovationsfonds mit Blick auf die Versorgungsforschung die Möglichkeit abgebildet, die praktische Durchführung und Evaluierung des Modellvorhabens Blankoverordnung gegeben?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Dem Grunde nach, vorbehaltlich entsprechender Schwerpunktsetzungen im Innovationsausschuss, ja. Wir halten es für zwingend erforderlich, dass die Abwicklung von Blankoverordnungen in einer sauberen Art und Weise evaluiert wird und insbesondere der Bereich der dort eingesetzten neuen Heilmittel, also die Heilmittel, die nicht im heutigen Heilmittelkatalog enthalten sind, einer sorgfältigen Evaluation unterzogen werden. Wir würden es für außerordentlich zielführend halten, wenn dazu jenseits der einzelnen Modellpro-



## Nur zur dienstlichen Verwendung

jekte eine Evaluation der Evidenzlage und des Erfolges erfolgen könnte. Gleiches gilt für den Direktzugang. Dort sehen wir, bezogen auf die Ausbildung, die bereits erwähnten Probleme. Es müsste abgebildet werden, wie in einem solchen Direktzugangssystem, wenn es dazu käme, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in irgendeiner Form gesteuert werden könnte. Dies wäre für eine zentrale Evaluation geeignet. Dafür hat der Gesetzgeber gerade ein Instrument in dem Bereich der Versorgungsforschung geschaffen, das man nutzen könnte.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Wir haben heute im Laufe der Anhörung bereits einiges zum Thema Selbstständigkeit gehört. Selbstständige Heilmittelerbringer sind oftmals junge Frauen, die sich eine Existenz aufbauen und die, das hoffen wir alle, auch immer wieder einmal schwanger werden und ein Kind bekommen. Zu dem Thema möchte ich den Verband der Gründer und Selbstständigen fragen, wie Sie es einschätzen, dass privat krankenversicherte selbstständige Frauen für die Zeit der Schwangerschaft und Mutterschaft kein Schwangerschafts- oder Mutterschaftsgeld bekommen, so wie die in der GKV versicherten Frauen. Halten Sie es für erforderlich, dass wir eine gesetzliche Regelung schaffen? Zum selbstständigen Bereich will ich noch etwas nachschieben. Die Mindestbeitragsbemessung der Selbstständigen und die mit dem Änderungsantrag vorgesehene Umstellung des Verbeitragungsverfahrens sind zwei unterschiedliche Fragestellungen. Das wurde ein bisschen vermischt. Deshalb möchte ich Herrn Prof. Dr. Neubauer fragen: Wie bewerten Sie das neue Konzept des Antrages, wonach die Beiträge auf der Basis des tatsächlich erzielten Einkommens zu zahlen sind, so wie wir das auch aus der Einkommenssteuer kennen? Sie könnten, wenn Sie möchten, auf die Beitragsgerechtigkeit für alle freiwillig versicherten Selbstständigen eingehen und die Tatsache, dass hauptberufliche Existenzgründer bereits heute unter Vorbehalt eingestuft werden und ihre Beiträge später eventuell nachberechnet werden sollten, beleuchten.

SV **Andreas Lutz** (Verband der Gründer und Selbstständigen Deutschland e. V. (VGSD)): Es ist keine Frage, dass werdende Mütter oder frisch gebackene Mütter auch Anspruch auf diese Leistung haben

sollten. Aus unserer Sicht ist dabei zu berücksichtigen, dass Selbstständige Kunden haben, die sie mit einer gewissen Kontinuität betreuen müssen. Das kann auch in einer möglichst zurückhaltenden Form in der Mutterschaftsphase sein. Wichtig wäre, wenn man hier eine Änderung vornimmt, dass die Selbstständigen dann auch die Voraussetzung dafür erfüllen müssen. Es müsste also verhindert werden, dass sie zusätzliche Beiträge zahlen müssen, dann aber keine Leistungen beziehen, weil sie auf Grund logischer Notwendigkeit die Voraussetzungen nicht erfüllen können. Das müsste bitte berücksichtigt werden.

ESV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Ich glaube, es ist selbstverständlich, dass man Selbstständige nach dem tatsächlichen Einkommen verbeitragt und nicht nach einem fiktiven. Wer klein und selbstständig ist, weiß, wie sehr Einkommen schwanken können. Das kann während eines Jahres dazu führen, dass Liquidität fehlt, wenn Sie nicht entsprechend reagieren können, was nicht Unwirtschaftlichkeit heißt, und dass Sie den Betrieb einstellen müssen, insbesondere, wenn Sie Leute beschäftigen. Von daher ist es nicht nur gerecht, sondern auch für die Unterstützung von Selbstständigkeit notwendig, die tatsächlichen Einkommen zu verbeitragen. Hierfür ist die Einkommenssteuererklärung die beste Grundlage. Das heißt, die Beiträge werden vorbehaltlich einer vorzulegenden späteren Einkommenssteuererklärung verbeitragt. Ich halte für kleine Gründer sogar die jährliche Verbeitragung mit der Einkommenssteuer für gefährlich, weil auch zwischen den Jahren große Schwankungen auftreten können. Auch hier kann es sein, dass ein sehr wirtschaftlicher Betrieb in eine Liquiditätsklemme kommt. Ein Unternehmen kann doch nicht an den Beiträgen zur Krankenversicherung scheitern. Deshalb ist es gerecht, die tatsächlichen Einkommen heranzuziehen. Das beinhaltet natürlich auch, dass zu viel gezahlte Beiträge rückerstattet werden. Das ist eine Selbstverständlichkeit der Gerechtigkeit und gilt selbstverständlich auch für andere Einkommensarten. Aus meiner Sicht ist es nicht nur vernünftig, sondern selbstverständlich, dass man die tatsächlichen Einkommen heranzieht. Ich meine, man muss bei Selbstständigen den Fall eines Ausnahmestands als Härtefall anerkennen. Dieser kann dadurch eintreten, wie ich es bereits geschildert habe, dass im Geschäftsablauf irgendet-





## Nur zur dienstlichen Verwendung

was daneben geht. Das muss als Härtefall berücksichtigt und es sollte entsprechend entgegengekommen werden. Dies sollte immer unter der Berücksichtigung geschehen, dass wir die kleinen Selbstständigen in ihrer Selbstständigkeit unterstützen wollen. Deshalb muss man ihnen die Möglichkeit geben, bei Schwankungen, die im Geschäftsleben auftreten können, einen entsprechenden Ausgleich zu gestalten.

**Abg. Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den Verband für Physiotherapie, an den Gemeinsamen Bundesausschuss und an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Neubauer. Welche Vorteile bietet die Blankoverordnung von Heilmitteln? Können Sie auf die Kompetenz des Leistungserbringers im Hinblick auf die Frequenz der Behandlungseinheiten eingehen? Die Indikation bleibt nach dem Entwurf weiterhin in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Sehen Sie hierin einen Widerspruch zu dem Ansatz, die Heilmittelleistungserbringer stärker in die Versorgungsverantwortung einzubinden?

**SVe Andrea Rädlein** (Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)): Zunächst begrüßen wir die Blankoverordnung. Dies aber sicherlich nicht so, wie sie im System bisher verantwortet ist. Hier sind wir schon beim Schlüsselpunkt der Indikationsstellung durch den Arzt. Wir sehen den Arzt in der Verantwortung, per Indikation für eine Therapie in dieses Modell oder in dieses System einzuschleusen und nicht im Rahmen der bisher feststehenden Regelung zur Indikationsstellung. Dann macht es keinen Sinn mehr, diese Modelle zu fahren. Der Physiotherapeut muss die Möglichkeit haben, die Art des Heilmittels auszuwählen. Das muss er auf Grund der Indikationsstellung tun, d. h., ist es eine schmerzbedingte oder eine funktionsbedingte Störung, muss er entsprechend tätig werden. Er selber muss die Frequenz bestimmen können. Kein Arzt kann sagen, welche Frequenz die richtige ist, wenn er den Patienten nicht in den Händen hat. Nur wir können sagen, ob für den Moment eine hochfrequente Therapie sinnvoll ist, um dann mit weiteren Behandlungen in größeren Intervallen fortzusetzen, oder ob der Patient diesen Belastungen im Moment nicht standhält und wir eine Einmal- oder Zweimaltherapie die Woche vorziehen. Das liegt in den Händen des Physiotherapeuten. Grundsätzlich se-

hen wir schon – wir haben bereits zwei Modellvorhaben, die bisher mit guten Ergebnissen ausgestattet sind –, dass es bei beiden, sowohl bei der Modellgruppe als auch bei der Kontrollgruppe, gute Ergebnisse gibt. Patienten fühlen sich gut aufgehoben und gut behandelt. Es gibt vor allen Dingen in der Modellgruppe „Blankoverordnung“ große schmerzreduzierende Erfahrungen für die Patienten. Es gibt eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Patienten beschreiben einen aktuellen Gesundheitszustand, der sich verbessert hat. Auch gesundheitsbezogene Lebensqualitäten bei Funktionen im Alltag haben sich deutlich verbessert. Wenn wir das Thema Indikationsstellung durch den Arzt als Zuweiser im Therapiesystem sehen und die Art und Auswahl beim Therapeuten belassen, kommen wir zu guten Ergebnissen. Die Inhalte der Modellvorhaben sollten deshalb unbedingt von Leistungserbringern und Kostenträgern gemeinsam vereinbart werden. Natürlich sprechen wir uns nicht dagegen aus, wenn der Arzt über Indikationsstellungen Vorgaben machen möchte. Dies aber auf einer höheren Ebene anzusiedeln, halten wir nicht für sinnvoll.

**SV Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ich muss der Vorrednerin widersprechen. Ich möchte nicht sagen, dass ich es in irgendeiner Form gut fände, dass der Arzt einbezogen wird, wenn er eine Indikation stellen möchte. Ich würde aus Sicht des G-BA sagen, wir sind im Augenblick in einer Situation, wo ich noch, so wie es vom Gesetz angelegt ist, eine Indikationsstellung durch den Arzt verbunden mit einer Blankoverordnung brauche. Das gilt, bis entsprechende Veränderungen in den Aus- und Fortbildungen erfolgt und weitere Rahmenbedingungen geschaffen worden sind. Die Vorteile einer Blankoverordnung liegen auf der Hand. Wir haben sehr häufig die Situationen, dass, so ist es im heutigen System mit Indikationsstellungen, mit Leitsymptomatik, mit der Verordnung eines bestimmten Heilmittels, bestimmte Weichen gestellt werden, die dann, wenn der Patient beim Therapeuten ankommt, z. B. mit Rücken – ich sage es mal ganz platt –, in dieser Form gar nicht mehr gegeben sind, weil sich das Schmerzgeschehen verlagert hat oder sich bestimmte andere Dinge ergeben haben. In der Praxis steuert heute der Therapeut, ausgehend von einer vom Arzt indizierten Leitdiagnostik, ohnehin schon relativ frei, jedoch auf unsicherem gesetzlichen Fundament



## Nur zur dienstlichen Verwendung

den konkreten Einsatz eines Heilmittels. Das wird durch die Blankoverordnung im Prinzip in die eigenverantwortliche Kompetenz des Therapeuten übertragen. Er kann sowohl über das Therapieintervall als auch über den Einsatz des konkreten Heilmittels entsprechend der akuten Behandlungssituation des Patienten entscheiden. Das ist die Flexibilität, die wir zur Optimierung der Versorgung brauchen. Dessen ungeachtet halte ich es auf Grund der beschriebenen Module, die zu bestimmten Ausbildungen hinführen, im Augenblick für relativ kühn, zu behaupten – ohne damit an den Herrn Abgeordneten Kühne zu appellieren –, dass nach der Ausbildung jeder Therapeut in jeder Situation dieselben diagnostischen und insbesondere querdagnostischen Fähigkeiten wie ein Arzt hat, um bestimmte andere, weiterführenden Diagnostiken zu stellen. Das betrifft z. B. physische und psychische Kompetenzen oder Kontraindikationen. Deshalb sage ich immer, dass wir sehr gern zu Veränderung im System bereit sind. Die Blankoverordnung kann ein Schritt sein, um sich peu à peu an einen Direktzugang heranzutasten. Im Augenblick sollte man aber nicht auf die primärärztliche Indikationsstellung, die vom Therapeuten in der Praxis zum Segen des Patienten ausgefüllt werden kann und muss, verzichten. Das andere ist der zweite Schritt. Hier meine ich, sollte man nach vier oder fünf Jahren, wenn man die Erfahrungen aus den Blankoverordnungen gewonnen hat, darüber nachdenken.

**ESV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Zu dem schon Gesagten muss man hinzufügen, dass das derzeitige System auch ein Steuerungssystem der Ausgaben ist. Das wird man nicht fallen lassen können. Das heißt, es wird ein anderes Instrument an diese Stelle treten müssen. Es ist zweifellos so, dass der Physiotherapeut über den Inhalt seiner Tätigkeit besser Bescheid weiß als der Arzt. Wenn der Arzt feststellt, dass eine Physiotherapie notwendig ist und das Weitere dem Physiotherapeuten überlassen wird, entspricht das den Fähigkeiten von beiden Seiten, zumal der Patient in der Regel zuerst zum Arzt geht und dort festgestellt wird, dass eine Physiotherapie gebraucht wird. Trotzdem öffnet sich dann eine Regelungs- oder Steuerungslücke, die man ausfüllen muss.

Das ist der eine Punkt. Der andere Punkt ist, mit einer Erhöhung der Autonomie der Therapie durch den Physiotherapeuten muss auch die Qualifika-

tion hergestellt werden. Die Frage, wo hier Qualifikation erforderlich ist, ist noch einmal eine Frage für sich. Ich bin nicht der Meinung, dass alle Physiotherapeuten akademisch ausgebildet werden müssen. Die Forderung nach einer akademischen Ausbildung bedeutet gleichzeitig auch ein Berufsverbot für nicht akademisch ausgebildete Personen. Das können wir uns nicht leisten. Es könnte aber genügen, dass der Praxisinhaber oder Betreiber akademisch ausgebildet ist. Das wäre ein vernünftiger Kompromiss. Wir werden in Deutschland auch in den nächsten 20 Jahren Menschen haben, die nicht akademisch ausgebildet sind und das Geschäft trotzdem verstehen. Das stellen wir heute schon fest. Da gibt es Regelungsbedarf, der mit dem Direktzugang zusammenhängt. Man wird dann auch Steuerungsmechanismen brauchen, entweder die Kostenerstattung oder man gibt Volumen vor, so wie es der anweisende Arzt hat. Die volle Freiheit für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe wird es nicht geben, da das System durch seine Mittel begrenzt ist. Man muss sich im Klaren sein, wie man sie bewegen will. Die Blankovollmacht halte ich für inhaltlich sinnvoll und diese Entwicklung ist nicht aufzuhalten. Aber es gilt frühzeitig zu steuern.

**Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU):** Meine Frage geht an den Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. Zur Besetzung von Notarzdiensten in Nebentätigkeit gibt es einen Änderungsantrag zur Befreiung von der Sozialversicherung. Mich würde interessieren, wie Sie das sehen und was eine mögliche Alternative zu diesem Änderungsantrag wäre?

**SV Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner (Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V.):** Der Notarzdienst wird, wie Sie richtigerweise sagen, durch Ärzte in Nebentätigkeit geleistet. Das heißt, die Notärzte haben alle eine Hauptbeschäftigung in einer Klinik, einer Praxis oder in einer anderen Institution und führen den Notarzdienst in Nebentätigkeit durch. Das heißt, sie kommen in der Regel auf ein bis zwei Dienste im Monat. Beauftragter für den Notdienst ist ein Krankenhaus oder ein anderer Leistungserbringer. In den dünn besiedelten Gebieten klagen diese Institutionen über Ärztemangel und haben gleichzeitig ökonomischen Druck wegen knapper Personalressourcen. Für einen Notarztwagen, den die Kommune,



## Nur zur dienstlichen Verwendung

die in der Regel Träger des Rettungsdienstes ist, sicherstellen muss, brauchen sie etliche Ärzte, die das in Nebentätigkeit, also zusätzlich zu ihrem Dienst, abdecken. Wenn dort jemand durch Krankheit ausfällt, muss man Ersatz beschaffen. Dann wird andernorts angerufen und gefragt, ob derjenige einen 12-Stundendienst besetzen kann. Wenn der Ersatz-Notarzt für 12 Stunden an diesem Standort beschäftigt werden muss, ist das ein großer bürokratischer Aufwand. Mit der bisherigen Honorargestaltung ist es so, dass sie diese Tätigkeit ein oder zweimal im Monat an einem Standort durchführen können. Ein dünn besiedelter Kreis hat fünf oder sechs Standorte und zu wenig Leute. Wenn die Leistungserbringer mit allen Standorten Beschäftigungsverhältnisse abschließen müssen, ist das sowohl für das Krankenhaus als auch für den Leistungserbringer ein hoher bürokratischer Aufwand, der dazu führen wird, dass die Bereitschaft, Dienste zu übernehmen, sinken wird. Im Arbeitszeitgesetz ist die Höchstarbeitszeitgrenze festgelegt. Dadurch ist nur eine kleine Anzahl von Diensten möglich. Wenn das alles durch Beschäftigungsmodelle abgedeckt werden soll, wird es nicht mehr genügend Kolleginnen und Kollegen geben, die das in Nebentätigkeit ausüben. Die Kolleginnen und Kollegen sind alle in ihrem Hauptberuf renten- und krankenversichert. Gerade die Fachärzte liegen über der Beitragsbemessungsgrenze, es geht also nichts verloren. Insofern ist der vorliegende Gesetzesvorschlag eine praktikable Lösung, um insbesondere den dünn besiedelten Gebieten in Deutschland zu helfen. Die Alternative wäre, wie von den Versorgungswerken vorgeschlagen, eine grundsätzliche Lösung. Wenn der vorliegende Vorschlag nicht durchkommt, werden viele von denen, die den Notarztendienst bislang sicherstellen, die Aufgabe zurückgeben.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik. Wie beurteilen Sie die Wirkung des § 127 Absatz 1 SGB V und wie müssen die darin enthaltenen Begriffe „angemessen“, „ungewöhnlich“ und „nichterschöpfend“ deutlicher definiert werden, um eine umfangreichere Versorgung sicherzustellen und Rechtsauseinandersetzungen zu vermeiden?

SV **Klaus-Jürgen Lotz** (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): Wir halten die Begriffe für

absolut falsch, weil sie zu interpretationsfähig sind. Hier bedarf es, wie bereits heute angeführt, einer Klarstellung in § 127 Absatz 1 SGB V, wann ein Ausschlusskriterium vorliegt. Die bis jetzt gewählten Begriffe sind in keiner Form rechtsfähig und werden nur dazu führen, dass es rechtliche Eingaben gibt.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesinnungsverband der Orthopädie-Technik. Wie bewerten Sie die in § 127 SGB V festgelegte Regelung, dass die Leistungserbringer in Zukunft dazu verpflichtet sind, über die genannten Abrechnungsdaten hinaus auch die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten mitzuteilen? Welche Anforderungen und Qualitätskriterien müssten aus ihrer Sicht erfüllt sein, um durch die Dokumentation von Mehrkostenaufwendungen eine gesteigerte Patientensicherheit und umfangreichere Versorgung zu erreichen?

SV **Klaus-Jürgen Lotz** (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): Bei der Meldung der Mehrkosten und der damit verbundene Mehrkostendokumentation schließe ich mich der Meinung der Bundesdatenschutzbeauftragten an, die festgestellt hat, dass es sich hierbei um eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Patient handelt. Ich bin nicht der Meinung, dass man über diesen Weg feststellen sollte, ob ein Festzuschuss zu niedrig oder zu hoch ist. Das obliegt einer wirtschaftlichen Berechnung und nicht der Frage, ob und in wie vielen Jahren welche Ausgaben beim Versicherten steigen. Davon abgesehen erstellen die Leistungserbringer in § 127 Absatz 2-Verträgen diese Dokumentation bereits seit 2008, und zwar voll und umfänglich. Sie hat nach unserer Auffassung keine Auswirkung auf die Qualität der Versorgung. Das hat auch der Bundesdatenschutzbeauftragte schon festgestellt, denn hierbei wird lediglich festgestellt und dokumentiert, ob sich ein Versicherter für eine Mehrkostenregelung entschieden, sprich ein höherwertiges Hilfsmittel seiner Wahl getroffen hat. Die Diskussion ist durch die doch nicht unerheblichen Aufzahlungen bei Ausschreibungsversorgungen losgetreten worden. Man sollte den Fokus stärker darauf legen, bei einer Ausschreibung diese Dokumentation vom Ausschreibungsgewinner zu verlangen.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage zielt auf die Definition von Verbandmitteln und richtet sich an den G-BA und an den GKV-Spitzenverband. Ist die Legaldefinition ausreichend, um die Verbandmittelversorgung rechtssicher zu gestalten und damit zukünftig Konflikte um die Erstattungsfähigkeit zu vermeiden? Ergänzend geht an den G-BA die Frage: Mit welchem zusätzlichen Personalbedarf rechnen Sie durch die Nutzenbewertung der Verbandsmittel?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Sie wissen, dass wir in unserer Stellungnahme die jetzt vorgesehene Legaldefinition kritisiert haben. Wir halten insbesondere die Hinzufügung des Begriffs für außerordentlich problematisch. Wir möchten mit Blick auf die Beseitigung der Rechtsunsicherheiten sehr sauber zwischen den klassischen Funktionen von Verbandmitteln, d. h. die Bedeckung der Wunde und das Aufsaugen von Körperflüssigkeiten, unterscheiden. Wir beobachten in der Versorgung, dass immer mehr Verbandmittel mit Zusatzfunktionen auf den Markt kommen, deren Evidenzen in vielen Fällen fragwürdig bis nicht belegt sind. Dass dieses Verbandmittel aber auf Grund der Regelungssystematik bei einer Verordnung zu der Kontroverse führt, ob es ein klassisches, die Wunde abdeckendes und Körperflüssigkeiten aufsaugendes Verbandmittel ist, das automatisch der Erstattungspflicht unterliegt, oder ob es noch einer entsprechenden Bewertung bedarf, ist klar. Vor diesem Hintergrund würden wir uns wünschen, nicht um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erschweren, sondern mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung und um die Klarheit für Leistungserbringer und Kostenträger zu befördern, dass die klassische Verbandmittelfunktion die der Bedeckung der Wunde und des Aufsaugens von Körperflüssigkeiten ist. Diese Aufzählung, die nicht abschließend ist und deshalb Raum für Interpretation und gerichtliche Auseinandersetzungen lässt, sollte gestrichen werden. Dann hätten wir eine klare Trennung. Man könnte alle klassischen Verbandmittel mit diesen Bedeckungs- und Aufsaugfunktionen ohne Prüfung in die Versorgung implementieren. Alles, was mehr will, das heute auch Streitfall ist, müsste einer entsprechenden Bewertung unterzogen werden. Ob das personelle Mehrbedarfe auslöst, wie viel das auslöst, Frau Abgeordnete, das ist im spekulativen Bereich. Wir haben heute einen

seit längerem andauernden Streit wegen eines Sprühverbands, der neben der Wundbedeckung die Heilung durch Sauerstoffanreicherung befördern und sonstige Dinge tun will. Hier ist aber niemals ein Antrag auf Bewertung gestellt worden, weil der Hersteller dieses Produktes weiß, dass keine Evidenz vorhanden ist. Die Situation ist aber, dass dieser nach der jetzigen Definition möglicherweise dem Verbandmittel unterfallende Stoff das 15-fache eines normalen Verbandmittels kosten würde. Hieran sieht man, dass es nicht darum geht, Verordnungen einzuschränken, sondern darum, sauber zwischen Dingen mit Evidenz, die auch bezahlt werden, und Dingen ohne Evidenz, die man dann zahlen kann, wenn der Mehrwert belegt ist, abzugrenzen.

Sve **Dr. Antje Haas** (GKV-Spitzenverband): Herr Dr. Münter hat vorhin von Zusatznutzen gesprochen, meinte aber diese Zusatzfunktionen, die neben dem Bedecken, Aufsaugen und Stützen für uns selbstverständlich das klassische und auch das feuchte Verbandmittel im Falle einer ärztlichen Verordnung erstattungsfähig machen. Wir möchten nicht, dass, wenn der jetzige Entwurf realisiert wird, die Selbstdeklaration des Herstellers über diese drei zentralen Begriffe dazu führt, dass automatisch die Erstattungsfähigkeit hergestellt wird. Wir möchten, so wie es Herr Prof. Hecken dargestellt hat, diesen Mehrwert auch klar für den Arzt deklarieren, so dass die Unsicherheit, die wir jetzt haben, mit dem neuen Gesetzesteil beendet wird. Ansonsten hat aus unserer Sicht dieser Gesetzesteil für sich keinen Mehrwert. Wir sehen eine sich immer weiter spreizende Ausgabenentwicklung: 15 Euro für das klassische und 88 Euro für das moderne Verbandmittel – modern heißt nicht automatisch besser. Das ist der Wert für die Einzelverordnung. Die GKV gibt ungefähr 1 Mrd. Euro pro Jahr für Verbandmittel aus. Die Hälfte sind die Klassiker und die andere Hälfte sind diese neuzeitlichen Verbandmittel. Wir würden bei der Dynamik, die wir sehen – der Anstieg ist 26 Prozent versus 15 Prozent pro Jahr – gerne schauen, welches wirklich diesen höheren Einzelpreis wert ist. Die Selbstdeklaration ist dabei hinderlich und auch nicht im Sinne der Patienten, da der unsichere Arzt in eine nachgelagerte Wirtschaftlichkeitsprüfung läuft und nicht die bestmögliche Verordnung wird machen können.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Herr Prof. Dr. Neubauer, ich will noch einmal auf Ihre Antwort zum Thema Beitragsbemessung für Selbstständige zu sprechen kommen. Dazu frage ich Sie, Herrn Clausnitzer und den GKV-Spitzenverband. Sie haben ausgeführt, dass das tatsächliche Einkommen sogar innerhalb eines Jahres verbeitragt werden und es auch zu Rückerstattungen kommen müsse. Sie haben auch davon gesprochen, dass Härtefälle anzuerkennen seien. Wir haben eine Härtefallgrenze von ca. 1 400 Euro und ein Mindesteinkommen von etwas mehr als 2 000 Euro. Meine Frage an Sie drei ist: Da Sie diesen Gerechtigkeitsgedanken sehr stark hervorheben, müsste man nicht die Härtefallgrenzen und die Mindesteinkommensgrenzen fallen lassen und anders ausgestalten? Hierzu hätte ich gern eine Antwort.

ESV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Wir brauchen nicht darüber zu diskutieren, dass tatsächliche Einkommen, die nachträglich über die Einkommenssteuererklärung festgestellt werden, verbeitragt werden. Es ist aus meiner Sicht ein Gebot der Fairness, der Gerechtigkeit, aber auch eine gut handhabbare Möglichkeit, dass man auf durch die Steuer geprüfte Einkommen zurückgreift. Bei der Frage, inwieweit man die Mindestgrenzen mit einbezieht, bin ich offen bzw. hier meine ich, dass es Mindestgrenzen geben muss. Wo diese aber genau liegen werden, dazu habe ich keine Meinung.

ESV **Jochen Clausnitzer**: Herr Prof. Dr. Neubauer hat im ersten Statement zu diesem Thema von Härtefallregelung gesprochen. Diese gibt es schon im § 6 Nummer 3a SGB V – Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler. Hier würden wir anregen, wenn wir mehr Flexibilität hineinbekommen und Härtefälle lösen wollen, dass man von den derzeitigen 25 Prozent auf beispielsweise 15 Prozent heruntergeht, vielleicht sogar auf 10 Prozent. Da kriegen wir mehr Flexibilität hin. Wir haben mit Staatssekretär Laumann und Staatssekretär Spahn darüber gesprochen. Alle sehen natürlich, auch die bereits zitierten Fraktionen SPD, Grüne und Linke, dass wir für Selbstständige eine prohibitiv hohe Eintrittshürde durch die Sozialkosten haben. Wenn man fünf Tage zurückgeht: Frau Bundesministerin Nahles hat richtigerweise darauf hingewiesen, als sie ihr Rentenkonzept vorstellte, dass die Sozialversicherungsbeiträge für geringverdienende Selbstständige in Grenzen zu halten sind. Sie sind definitiv zu hoch.

Nur wenn wir die Mindestbemessungsgrenzen – da komme ich jetzt zur Frage von Frau Mattheis – senken und Angestellte und Selbstständige tatsächlich gleich behandeln und die Beiträge für gesetzliche Krankenversicherung nur so hoch heben, wie tatsächlich auch der Verdienst ist, kommen wir von dieser prohibitiv hohen Eintrittshürde für Selbstständige weg. Hier würden wir dringend anraten, den Vorschlag von Frau Mattheis, den auch Staatssekretär Laumann zumindest interessant fand, noch einmal intensiver zu diskutieren.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Das ist etwas schwierig. Man muss die unterschiedlichen Zielstellungen noch einmal separieren. Die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten hat eigentlich das Ziel, das Einkommen, welches tatsächlich erzielt wird, zu verbeitragen. Das ist, glaube ich, auch eine Frage der Ausprägung des Solidaritätsprinzips in der GKV. Der zweite Punkt, der hier immer wieder angeführt wird und der auch eine Relevanz hat, aber nicht im engeren Sinne im System der Sozialversicherungen, ist die Frage, ob man die Selbstständigkeit in der Weise fördern will, wie es hier teilweise argumentiert worden ist. Es sind unterschiedliche politische und ordnungspolitische Fragen, die dabei bedacht werden müssen. Ich will nur noch einmal darauf hinweisen: Wir haben zu einem anderen Zeitpunkt die Frage des Anwachsens von selbstständiger Tätigkeit und insbesondere von jener, die hier besprochen worden ist – die Zahl ist von einem Sachverständigen genannt worden –, unter dem kritischen Aspekt diskutiert, inwieweit hier Menschen in die Selbstständigkeit gehen, weil der qualifizierte Arbeitsmarkt keine angemessenen Beschäftigungen geboten hat. Die Tatsache, dass wir jetzt einen Absinken von Selbstständigkeit haben, könnte auch mit dem positiven Effekt zu tun haben, dass wir inzwischen einen sehr robusten und attraktiven Arbeitsmarkt haben, auf dem Menschen attraktive, vernünftig finanzierte und vergütete Arbeitsplätze finden, so dass es nicht mehr notwendig ist, in die Selbstständigkeit oder in die Scheinselbstständigkeit zu gehen. Ich kann hier nur deutlich machen: Man kann darüber diskutieren, wo die richtige Grenze liegt. Das ist aber eine gesellschaftspolitische Entscheidung, die man abwägen muss und die von dem dafür zuständigen Deutschen Bundestag politisch getroffen und verantwortet werden muss.



## Nur zur dienstlichen Verwendung

Ich will nur darauf hinweisen, dass die Beitragsbemessungsvorschläge, wie sie derzeit im Entwurf sind, das Problem nicht wirklich lösen – das ist verschiedentlich gesagt worden. Sie führen dazu, dass die freiwillig versicherten Selbstständigen im Grundsatz keine Klarheit und keine Kalkulierbarkeit ihrer Verbeitragung haben. Insofern wird das Problem hier noch nicht gelöst. Vielleicht kann das auch nicht der Anspruch sein. Ich muss gestehen, wir können auch keinen überzeugenden Lösungsvorschlag aus dem Ärmel schütteln. Darüber muss gemeinsam gesprochen werden.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Ich möchte auf das Thema Flexirentengesetz zurückkommen. Wir haben vom DGB und von der Deutschen Rentenversicherung gehört, dass das Gesetz hier vielleicht nicht so ganz zielführend ist. Wie sollten Ihrer Meinung nach die Regelungen aussehen, um die Zielsetzung des Flexirentengesetzes sinnvoll zu flankieren, damit die sozialrechtliche Absicherungen entsprechend gewährleistet sind?

SV **Ingo Schäfer** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Die Absicherung hat uns auch beschäftigt. Für uns wäre es zentral zu sagen, dass sowohl bei Arbeitslosigkeit als auch beim Krankengeld die Absicherung dieser Erwerbseinkommen bei der Kombination aus Teilrente und Erwerbstätigkeit vernünftig gewährleistet ist, da die Leute eine Kombination aus einer halben Rente und einer Teilzeittätigkeit planen. Die Leute dann auf die Vollrente zu verweisen, wenn Krankheit oder Arbeitslosigkeit dazwischen kommen, ist nicht die Intention des Gesetzes, nämlich länger zu arbeiten, um dahin zu kommen. Bei einem Störfall den Leuten zu sagen: „Pech gehabt, dann musst du halt mit Abschlügen vorzeitig in Rente gehen“, kann nicht die Lösung des Problems sein. Insofern würden wir dafür plädieren, generell bei Renten vor der Regelaltersgrenze über einen Krankengeldanspruch und damit eine Versicherungspflicht zu reden. Greifen würde das ohnehin nur in dem schmalen Korridor bei der Prognose zwischen 450 Euro und 525 Euro Regelgehalt im Monat. Da oberhalb von 525 Euro ohnehin eine Teilrente und eine reguläre Versicherungspflicht entsteht, wäre dies unseres Erachtens nach ein Kleines, das man mitnehmen würde. Der Vorteil wäre aber, dass das rückwirkende Ändern des Bescheids auf Voll- oder Teilrente entfallen würde, weil interessanterweise zwar rückwirkend der

Krankengeldanspruch wegen des Verwaltungsaufwands gestrichen wird, aber umgekehrt, wenn ich aus der Teilrente in die Vollrente zurückfalle, wird trotzdem der abgerechnete Zeitraum aufgemacht und die Krankenkasse ihr Krankengeld teilweise verrechnen wollen. Im gegenteiligen Fall sagt man auch nicht großzügig „Dann behalten die Leute eben ihr Krankengeld.“ Von daher hat man hier einen Mismatch, den man ausräumen könnte, indem man einfach generell Krankengeldanspruch vor der Regelaltersgrenze bewilligt.

SVe **Dr. Dana Matlok** (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)): Ich kann mich im Großen und Ganzen nur dem DGB anschließen. Im Moment sehe ich das so, dass die Regelungen, die wir im jetzigen Recht haben, ausreichend sind. Natürlich gibt es ein paar Probleme mit den Folgewirkungen und Rückwirkungen der Flexirente. Aber diese kann man mit den bestehenden Regelungen, mit dem Erstattungsrecht etc., lösen. Deswegen werden es in diesen Konstellationen Einzelfälle sein. Von daher würde ich davon abraten, für diese Einzelfälle eine solche Regelung einzuführen.

Der **Vorsitzende**: Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf mich herzlich bedanken, dass Sie alle diszipliniert zweieinhalb Stunden durchgehalten haben. Der Gesundheitsausschuss tagt bereits seit 9.30 Uhr – wir hatten eine lange Ausschusssitzung und zwei Anhörungen. Ich wünsche Ihnen einen angenehmen Abend hier in Berlin, falls Sie es nicht mehr nach Hause schaffen. Ansonsten eine gute Heimfahrt.

Schluss der Sitzung: 18.06 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB  
**Vorsitzender**