

**Erläuterungen zur
Bad Godesberger Resolution
vom 20.09.2014**

1. Festbeträge

Gem. §140 f Abs. 4 SGB V haben Patientenvertreter das Recht, an der Festsetzung der Festbeträge gem. § 36 Abs. 1 und 2 SGB V beratend mitzuwirken.

Bei den Beratungen in den Jahren 2012 und 2013 kritisieren die Patientenvertreter, dass ihre Stellungnahmen nicht berücksichtigt wurden. Insbesondere forderten sie, die Berechnung der Festbeträge anhand der zugrunde liegenden Datenlage nachvollziehen zu können.

Die Festbeträge errechnen sich anhand der von der Industrie abgefragten Hörgerätepreise und werden mit dem Durchschnittspreis an der Grenze zum unteren Preisdrittel festgelegt. Der GKV-Spitzenverband hat nicht offen gelegt, welche Hörgeräte berücksichtigt wurden, ob alle Hörgeräte die zuvor festgelegten Qualitätskriterien erfüllten (Digitaltechnik, Kanäle, Programme, Rückkopplungs- und Störschallunterdrückung, Verstärkung) und mit welchem Preis sie in die Berechnung eingeflossen sind. Außerdem wurde ein Anpassaufwand von 7 Stunden 41 Minuten zugrunde gelegt. Der GKV-Spitzenverband hat nicht erläutert, wie sich dieser Anpassaufwand errechnet.

Aufgrund dieser Verfahrensfehler hat die Deutsche Gesellschaft der Hörgeschädigten – Selbsthilfe und Fachverbände e.V. (DG) im August 2013 Klage gegen das Festsetzungsverfahren beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erhoben (L 1 KR 241/13 KL).

Um solche Verfahrensfehler zukünftig zu vermeiden, wäre eine gesetzliche Klarstellung erforderlich (Offenlegungspflicht der Datenlage an alle Verfahrensbeteiligten).

2. Patientenrechte

Das Klageverfahren steckt seit August 2013 fest an der Frage, ob die DG klagebefugt ist. Der Prozessgegner, der GKV-Spitzenverband, bestreitet dies und das Gericht hat bisher nicht darüber entschieden.

Gem. Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (PatBeteiligungsV) ist der Deutsche Behindertenrat (DBR) eine anerkannte Organisation. Der DBR ist aber ein Aktionsbündnis und die Klagebefugnis ist nicht gegeben. Als Akteure für den DBR handeln seine Mitgliedsverbände. Es ist strittig, ob die Mitgliedsverbände, die sachkundige Personen in das Beratungsverfahren zur Festbetragsfestsetzung entsandt haben, damit auch klagebefugt sind.

Eine gesetzliche Klarstellung ist hierzu dringend geboten.

3. Versorgungsverträge

Gem. § 127 (2) SGB V schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern bzw. den Zusammenschlüssen der Leistungserbringer (hier: Bundesinnung der Hörgeräteakustiker) Versorgungsverträge. Dabei darf der Festbetrag nicht überschritten werden.

Die Vertragspreise variieren stark. Auch die vertraglich zugesicherten Leistungen und der Versorgungsablauf variieren in den unterschiedlichen Verträgen. Für alle Verträge ist festzustellen, dass die Vertragspreise die Festbeträge deutlich unterlaufen.

Der DSB hat alle Aufsichtsbehörden der Krankenkassen um Prüfung gebeten, ob diese Verträge den Anforderungen des Rechts entsprechen, insbesondere ob ein Festbetrag, der schon am unteren Preisdrittel einer nicht offen gelegten Hörgeräteliste festgemacht



wurde und durch einen noch niedrigeren Vertragspreis unterlaufen wird, die Anforderungen des Bundessozialgerichtsurteils vom 17.12.2009 (B 3 KR 20/08 R) noch erfüllen kann, nämlich nach dem Stand der Medizintechnik für den einzelnen Versicherten die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder zu erreichen. Alle Aufsichtsbehörden konnten keinen Rechtsverstoß feststellen.

Da die Preisspirale im Wettbewerb der Leistungsanbieter und Krankenkassen somit unkontrolliert nach unten geht, hält der DSB eine gesetzliche Klarstellung für erforderlich. Außerdem fehlt eine gesetzliche Festlegung, dass die Versorgungsverträge zu veröffentlichen sind. Insbesondere dem Patienten selbst ist ein Recht einzuräumen, dass ihm die Versorgungsverträge seiner Krankenkasse auf Wunsch bekannt gemacht werden, da hierdurch seine eigenen Belange bei der Krankenbehandlung berührt werden.

4. Pflegeneuausrichtungsgesetz und Verordnungsvorbehalt

Der Abschnitt Hörhilfen der Hilfsmittelrichtlinie wurde in den Jahren 2008 bis 2011 novelliert. Die vom G-BA am 21.12.2011 beschlossene Richtlinie sah vor, dass die Abgabe von Hörhilfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Ausnahme des Verlusts der Hörhilfen eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraussetzt. Dieser Beschluss wurde vom Bundesgesundheitsministerium am 23.02.2012 beanstandet und der Satz anschließend komplett gestrichen.

Der G-BA hat sich daraufhin bis 2014 in mehreren Sitzungen und schwieriger Entscheidungsfindung damit beschäftigt, Voraussetzungen für das Verordnungserfordernis zu definieren. Am 17.07.2014 wurde beschlossen, dass bei der Kinderversorgung, der Versorgung von an Taubheit grenzend Schwerhörigen und bei neu auftretendem Tinnitus eine ärztliche Verordnung erforderlich ist. Unberücksichtigt bleibt weiterhin, dass bei Hörverschlechterung ein Arzt hinzugezogen werden muss. Eine Erstverordnung reicht weiterhin aus, um schwerhörige Menschen ein Leben lang direkt beim Leistungserbringer mit Hörgeräten zu versorgen. Diese Entscheidung wird gestärkt durch das im Oktober 2012 in Kraft getretene Pflegeneuausrichtungsgesetz. Laut § 33 (5a) ist eine vertragsärztliche Verordnung für die Beantragung von Hilfsmitteln nur noch erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist.

Ob eine ärztliche Diagnose oder erneute Therapieentscheidung medizinisch geboten ist, trifft seither der Leistungserbringer, denn er ist damit die erste Anlaufstelle des Patienten und nicht mehr der Arzt.

Dass ein Pflegegesetz Krankheiten am Gehör und die daraus resultierende Versorgung mit Hörhilfen so gravierend beeinflussen kann, ist aus Sicht des DSB ein Fehler, der gesetzlich korrigiert werden sollte.

5. Verkürzter Versorgungsweg und Abgabe von Hörgeräten durch HNO-Ärzte

Auch die Abgabe der Hörhilfen allein durch den HNO-Arzt lehnt der DSB ab, weil die Versorgungsqualität bei der direkten Versorgung in der Arztpraxis nicht gegeben ist. Immer mehr Krankenkassen schließen Verträge mit Anbietern des sogenannten „verkürzten Versorgungsweges“ für Hörhilfen. Dabei werden die vom Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2012 und 2013 festgelegten Festbeträge für Hörgeräte massiv unterlaufen. Diese kostenoptimierte Versorgungsvariante geht eindeutig zulasten des Patienten.

Auch Vertriebswege über Apotheken sind bereits bekannt geworden.

Daher sollte der verkürzte Versorgungsweg gesetzlich vollkommen ausgeschlossen werden.