

**Transparenz, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit –**

**Positionen der BAG SELBSTHILFE zur Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung**

In den letzten Jahren und Jahrzehnten war die Hilfsmittelversorgung stark vom Wettbewerbsgedanken zwischen den einzelnen Krankenkassen geprägt. Das Ergebnis ist leider, dass die Krankenkassen die Hilfsmittelversorgung oft als strategisches Feld für Einsparmöglichkeiten bei einem ansonsten weitgehend deckungsgleichen Leistungskatalog angesehen haben. Qualitätsdefizite in der Versorgung sind vielfach die Folge.

Für die Patient\*innen ist die Situation überdies mit einer großen Intransparenz der Versorgungsangebote verbunden. Das undurchsichtige Vertragsgeschehen kann jederzeit überraschende Wechsel bei den Versorgern zur Folge haben (etwa bei der Stoma-Versorgung) oder aber hohe Aufzahlungen.

Ob die sog. wirtschaftlichen Aufzahlungen ihre Berechtigung haben, ist dabei für die Betroffenen kaum feststellbar, da die Krankenkassen die wesentlichen Inhalte ihrer Verträge mit den Leistungserbringern – leider nach wie vor – nicht veröffentlichen, obwohl dies gesetzlich vorgeschrieben ist.

Als besonders problematisch hat sich die Situation erwiesen, wenn das Vertragsgeschehen über Ausschreibungen gesteuert wurde. Hierauf wurde dann vom Gesetzgeber auch durch restriktive Regelungen zu den Hilfsmittelausschreibungen reagiert.

Mit Sorge nimmt die BAG SELBSTHILFE wahr, dass es Bestrebungen gibt, Ausschreibungen für ein intransparentes Leistungsgeschehen wieder in breiterem Umfang zu ermöglichen.

**Die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung müssen hingegen über allgemeinverbindliche transparente und qualitätsorientierte Vorgaben organisiert werden.**

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE – im Übrigen ebenso wie das Bundesamt für soziale Sicherung – dazu auf, die betont wettbewerbliche Orientierung in der Hilfsmittelversorgung zu überdenken.

Denn auf eine solche wettbewerbliche Ausrichtung wird ja in anderen Bereichen des Gesundheitssystems größtenteils verzichtet; so werden etwa die Preise für neue Arzneimittel überwiegend vom GKV-Spitzenverband verhandelt, Rabattverträge spielen hier eine geringe Rolle. Insoweit zielführender für den Hilfsmittelbereich wäre daher ein System, in dem kollektivvertragliche Verhandlungen geführt werden und so ein transparentes System entsteht, in welchem bei Fehlentwicklungen schnell gegengesteuert werden kann.

Das Beispiel des Arzneimittelbereichs zeigt, dass über ein solches System nicht nur Bedarfsgerechtigkeit erzielt werden kann, sondern dass Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden können und überdies eine Transparenz im Leistungsgeschehen für die Versicherten entsteht.

Vor diesem Hintergrund tritt die BAG SELBSTHILFE für folgende Weiterentwicklungen ein:

1. **Strukturelle Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses, des Präqualifizierungsverfahrens und des Einzelvertragswesens**

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte das Präqualifizierungsverfahren/Hilfsmittelverzeichnis/Einzelvertragswesen zu einer umfassenden kollektivvertraglichen Prüfung der Struktur- und Prozess- und Ergebnisqualität umgebaut werden, bei dessen Entwicklung die Selbsthilfe- und Patientenorganisationen ein Mitberatungsrecht erhalten sollten.

Derzeit wird die Strukturqualität der Produkte im Hilfsmittelverzeichnis, die Strukturqualität der Leistungserbringer im Präqualifizierungsverfahren und die Prozess- sowie die Ergebnisqualität in den Verträgen der Einzelkassen geregelt. Diese Aufteilung ist für den Patienten aufgrund der unterschiedlichen Regelungen der Einzelkassen mit erheblicher Intransparenz verbunden; der gesetzlichen Verpflichtung zur Veröffentlichung der Einzelverträge kommen die Kassen nur unzureichend nach, da unklar ist, was hier aufgenommen werden muss. Auch Selbsthilfeorganisationen können deswegen Betroffene nur unzureichend informieren. Für Betroffene ohne verbandliche Anbindung an eine Selbsthilfeorganisation ist das System der Hilfsmittelversorgung komplett intransparent, zumal die rechtlichen Regelungen sehr komplex und über SGB V, Hilfsmittel-Richtlinie, Hilfsmittelverzeichnis und Einzelverträge verteilt sind. Hinzu kommen das SGB IX bei Hilfsmitteln als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder als Leistungen der Eingliederungshilfe sowie andere Leistungsgesetze, z.B. SGB VI, VII, XIV.

Ein weiteres Problem der Einzelverträge besteht darin, dass die Einhaltung der Verträge und die entsprechende Ergebnisqualität nur in seltenen Fällen von den Krankenkassen kontrolliert werden - auch wenn sie dazu längst im Zuge einer entsprechenden Reform verpflichtet wurden. Dies haben sowohl das Bundesamt für Soziale Sicherung als auch der Bundesrechnungshof in ihren jüngsten Berichten festgestellt.

Insgesamt wird seitens der BAG SELBSTHILFE daher eine grundlegende Überarbeitung der Struktur der Hilfsmittelversorgung für sinnvoll erachtet - hin zu einem kollektivvertraglichen System wie es auch das Bundesamt für soziale Sicherung fordert. Ferner sollte geprüft werden, wie die vertraglichen Regelungselemente des SGB IX, die bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich gelten, integriert bzw. implementiert werden können.

Soweit an der bisherigen Systematik festgehalten werden sollte, wären aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE folgende Punkte zu ergänzen:

1. Die Kontrolle der Verträge derzeit ist unzureichend. Die gesetzliche Verpflichtung zur Prüfung ***der Qualitätsanforderungen aus den Verträgen*** müsste so nachgeschärft werden, dass die Krankenkassen dieser Pflicht auch regelmäßig nachkommen müssen (Überprüfung der Ergebnisqualität). Die BAG SELBSTHILFE schließt sich insoweit der Position des Bundesamtes für soziale Sicherung in seinem Sonderbericht an, die „Rahmenempfehlung des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gemäß § 127 Absatz 5b SGB V“ zu konkretisieren. Diese beschreiben in der geltenden Fassung lediglich verschiedene Prüfinstrumente. Sie sind hinsichtlich der Art und Weise der Durchführung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen, der Stichprobengrößen und des Prüfrhythmus zu  
   konkretisieren.
2. Auch die Forderung des Bundesrechnungshofs wird geteilt, dass eine gesetzliche Neuregelung geschaffen werden sollte, *dass Leistungserbringer künftig regelhaft – und nicht nur auf Verlangen – Beratungsdokumentationen und Mehrkostenerklärungen* zu übermitteln haben, um systematische Kontrollen zu ermöglichen. Krankenkassen würde dadurch ermöglicht, Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchzuführen, um Beratungsleistungen der Leistungserbringer systematisch prüfen und den Gründen für Mehrkosten nachgehen zu können. Eine wirksame Qualitätssicherung würde so deutlich erleichtert. Der Medizinische Dienst sollte regelhaft die Versorgungsqualität übergreifend untersuchen.
3. Es sollte gesetzlich präzisiert werden, dass und welche *Informationen der Einzelverträge von den Einzelkassen im Internet veröffentlicht* werden müssen. Die Umsetzung dieser Vorgaben und deren tatsächliche Veröffentlichung sollte vom Bundesamt für soziale Sicherung kontrolliert werden.
4. **Gesetzliche Abschaffung der Unterscheidung zwischen mittelbarem und unmittelbaren Behinderungsausgleich**

Nach wie vor gibt es in der Rechtsprechung eine Unterscheidung zwischen mittelbarem und unmittelbaren Behinderungsausgleich, auch wenn die Folgen in jüngster Zeit etwas abgeschwächt wurden. Im Grundsatz bedeutet dies aber, dass es für den Hilfsmittelbereich Behinderungen 1. und 2. Klasse gibt: Während für Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich (ein Körperteil oder eine Funktion wird unmittelbar ersetzt, z.B. Prothese) ein Gleichziehen mit Menschen ohne Einschränkungen ermöglichen sollen, ist bei Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich (eine Funktion wird nur mittelbar ersetzt, z.B. das Gehen durch einen Rollstuhl) nur der Ausgleich der Grundbedürfnisse sicherzustellen. Eine solche Ungleichbehandlung widerspricht sowohl der UN-Behindertenrechtskonvention als auch Art. 3 Abs. 3 S. 3 und sollte daher gesetzlich korrigiert werden, zumal es für die Rechtsprechung auch keinerlei Anhaltspunkte im Gesetz gibt.

1. **Überarbeitung und Angleichung der Regelungen zur Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V**

2012 wurde im Patientenrechtegesetz die Regelung geschaffen, dass eine Hilfsmittelversorgung als genehmigt gilt, wenn sich die Krankenkassen hierzu nicht innerhalb von bestimmten Fristen dazu äußern. Von Anfang an war der Umfang und das Ausmaß der Neuregelung heftig rechtlich umstritten. Zuletzt hat das Bundessozialgericht nunmehr entschieden, dass der entsprechende Anspruch nur auf Kostenerstattung gerichtet ist und nicht auf den Erhalt einer Sachleistung. Dies bedeutet, dass die Betroffenen die Kosten für das Hilfsmittel erst einmal vorstrecken und dann anschließend einklagen müssen - mit entsprechendem Prozessrisiko. Bei teuren Hilfsmitteln wie etwa Elektrorollstühlen können sich das nur sehr vermögende Betroffene leisten; damit findet eine Ungleichbehandlung statt. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE dringend, dass die gesetzliche Regelung in einen Sachleistungsanspruch fortentwickelt wird. Ferner müssten bzgl. der Fristen auch Angleichungen mit den Fristen des SGB IX stattfinden, die länger ausgestaltet sind, ohne dass es hierfür einen wirklichen Grund gibt.

1. **Stärkung der unabhängigen Beratung, Grundsatz der persönlichen und ortsnahen Versorgung und qualifizierte Beratungsdokumentation**

Die Beratung durch Leistungserbringer ist leider von starken wirtschaftlichen Eigeninteressen geprägt. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE, die unabhängige Beratung zu stärken. Diese erfolgt derzeit – sowohl indikationsspezifisch als auch tlw. rechtlich – durch die Selbsthilfe, ansonsten in rechtlicher Hinsicht auch durch die Unabhängige Patientenberatung. Beide Angebote gilt es zu stärken, zu vernetzen und fortzuentwickeln, damit Patient\*innen (weiterhin) die Möglichkeit unabhängiger Beratung haben.

Im Sonderbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung wurde bei manchen Krankenversicherungen beobachtet, dass diese offenbar auf digitalem Weg erfolgende Versorgungen befördern wollen. Dem tritt die BAG SELBSTHILFE mit Nachdruck entgegen. Gerade die Einweisung, Anpassung und der Zuschnitt eines Hilfsmittels eignet sich kaum für eine Online Versorgung. Vor diesem Hintergrund hält es die BAG SELBSTHILFE für dringend erforderlich gesetzlich klarzustellen, dass der Grundsatz der persönlichen Versorgung mit Hilfsmitteln gilt. Zudem sollte klargestellt werden, dass die Versorgungen ausschließlich ortsnah erfolgen müssen.

Nach wie vor bekommen wir Rückmeldungen unserer Verbände, dass die Praxis von vielen Krankenkassen leider ein anderes Bild aufzeigt, da Verträge mit Versorgern geschlossen werden, die sehr weit weg vom Wohnort der zu versorgenden Patienten tätig sind.

Es war und ist für die Angehörigen, die die Pflege übernehmen, eine hochgradige Zumutung, mit Hilfsmittelversorgungsträgern in Verbindung zu treten, die überwiegend hunderte Kilometer entfernt vom Wohnort der Patient\*innen ihren Sitz haben. Dies könnte der Grund sein, warum nun manche Krankenkassen die zu erfolgende Hilfsmittelversorgung nun auf digitalem Wege regeln wollen. Gerade und insbesondere Hilfsmittel, wie bspw. Rollstühle, aber auch andere Hilfsmittel müssen vor Ort angepasst werden, um sie richtig für die Patient\*innen einstellen zu können. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE sicherzustellen, dass der Grundsatz der ortsnahen persönlichen Versorgung umgesetzt wird und bleibt.

Im Rahmen der bestehenden Strukturen hält es die BAG SELBSTHILFE für dringend geboten, die Qualitätskontrolle der Versorgung durch die Vertragspartner konkreter auszugestalten und konsequenter durchzuführen, da eine qualifizierte Beratung durch fachkundige Sanitätshäuser ein wesentlicher Faktor der zielgerechten Versorgung ist. Dabei ist eine regelhafte **qualifizierte Beratungsdokumentation** aus unserer Sicht unerlässlich und sollte vom Kostenträger unbedingt im Rahmen der Kostenübernahme-Entscheidungen **berücksichtigt werden.**Dies hat folgende Gründe:

* Auf Grundlage einer guten Beratungsdokumentation kann der **individuelle Bedarf** und die Notwendigkeit für die beantragte Hilfsmittelversorgung (+ ggf. Mehrbedarf) transparent kommuniziert werden.
* Durch die Dokumentation wird die erforderliche Hilfsmittelversorgung personenunabhängig vom Vertragspartner festgehalten. Nach den Praxiserfahrungen unserer Mitglieder gibt es Fälle, in denen für ein laufendes Verfahren weder das beauftragte Sanitätshaus noch die Krankenkasse oder der Versicherte auf die Dokumentation einer bereits erfolgten Beratung und Bedarfsanalyse zugreifen konnten, nachdem der entsprechende Mitarbeitende das Sanitätshauses verlassen hatte.
* Zudem gibt es Hilfsmittelversorgungen, die folgendermaßen ablaufen:

1. Es erfolgt eine qualifizierte Beratung (evtl. sogar im häuslichen Umfeld) des Versicherten) durch einen Vertragspartner. Dieser erstellt einen zielgerichtetem Versorgungsvorschlag und darauf bezogenem Kostenvoranschlag. Diese Unterlagen werden auf Grundlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung zur Kostenübernahme eingereicht.
2. Mit dem Einverständnis des Versicherten holt die gesetzliche Krankenkasse dann einen weiteren Kostenvoranschlag für die beantragte Versorgung bei einem anderen Vertragspartner ein.
3. Der Zuschlag geht an den 2. Vertragspartner, der einen günstigeren Kostenvoranschlag vorgelegt, aber in der Regel keine persönliche Beratungsleistung oder Bedarfsanalyse erbracht hat. Ob die qualifizierte Beratungsdokumentation bei der Entscheidung vom Kostenträger überhaupt berücksichtigt wird oder lediglich wirtschaftliche Faktoren eine Rolle spielen, bleibt unklar.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte die qualifizierte Beratung und deren Dokumentation zwingend erforderlich sein, um über eine ausreichende, wirtschaftliche und zweckdienliche Hilfsmittelversorgung zu entscheiden. Die Erfahrung zeigt, dass es ohne diese oftmals zu unzureichenden Versorgungen kommt, die wiederum kosten- und ressourcenintensives Nachjustierungen erfordern.

1. **Verzicht auf das Genehmigungserfordernis bei SPZ und MEZB**

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte die Hilfsmittelversorgung so unbürokratisch wie möglich ablaufen; dies trägt auch zur Verringerung des Bürokratieaufwandes bei. Bei einer Verordnung eines Hilfsmittels durch einen Arzt eines Sozialpädiatrischen Zentrums oder eines Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung arbeiten sehr spezialisierte Ärzte mit den Betroffenen eng zur Frage der Hilfsmittelversorgung zusammen; vor diesem Hintergrund sollte insoweit auf das Erfordernis einer Genehmigung durch die Krankenkassen verzichtet werden.

1. **Überprüfung des Festbetragssystems, Erhalt des Sachleistungsprinzips, Erhöhung des Pauschbetrages für Pflegehilfsmittel auf das Niveau der Pandemie-Sonderregelung**

Im Bereich der Hörhilfen haben sich die seit 2012 für die an Taubheit grenzend Schwerhörigen und die seit 2013 für schwerhörige Versicherte mit Ausnahme der an Taubheit grenzenden schwerhörigen Versicherten inzwischen teilweise in ein Festzuschusssystem entwickelt, in welchem die Versicherten häufig einen Großteil der Kosten für die Anschaffung der Hörgeräte und anteilig für Folgenkosten selbst bezahlen. Dies hat einerseits mit der Intransparenz des Marktes, andererseits aber auch mit der Systematik des Festbetragssystems zu tun: Die bundeseinheitlichen Festbeträge werden zusätzlich durch die Versorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern nach unten abgewandelt, da diese Verträge unterhalb des Festbetrages schließen können. Somit verlieren die ohnehin zu niedrig angesetzten Festbeträge des GKV SV ihre Bedeutung. Im Ergebnis müssen die Betroffenen oft klagen, um die für sie notwendige Versorgung zu erhalten.

Bei einer Reihe von Versorgungsfällen ist somit nicht sichergestellt, dass die Versicherten den bestmöglichen Behinderungsausgleich – ohne Klageverfahren - aufzahlungsfrei erhalten. Ähnliches gilt bei Sehhilfen für hochgradig seheingeschränkte Menschen, bei denen ja (wieder) eine Erstattung der Sehhilfen stattfindet. Auch hier muss es entsprechende Anpassungen geben.

Die BAG SELBSTHILFE fordert daher, das Festbetragssystem und die Versorgungsverträge bei Hör- und Sehhilfen zu überprüfen. Die Patienten sind durch die HNO-/Augenärzte, die Krankenkassen und Leistungserbringen besser über ihre Rechte und Ansprüche zu informieren. Generell ist eine einfache, verständliche und barrierefreie Dokumentation für die Versicherten zu fordern.

Eine Ausweitung des Festbetragssystems auf andere Produktgruppen als die bestehenden hinaus lehnt die BAG SELBSTHILFE wegen der schlechten Erfahrungen im Bereich der Hör- und Sehhilfen und anderer Produktgruppen ab, da sie für die Patient\*innen in vielen Fällen dazu führen, dass das Sachleistungsprinzip faktisch kaum noch eine Bedeutung hat.

Schließlich sollte auch der Pauschbetrag für Pflegehilfsmittel wieder auf das Niveau der Pandemie-Sonderregelung angepasst werden. Nach wie vor haben gerade Pflegebedürftige als Vulnerable einen höheren Bedarf an Hygieneartikel und Masken. Gleichzeitig machen die allgemeinen Preissteigerungen auch vor diesem Bereich nicht Halt. Insoweit sollte hier eine entsprechende Rückanpassung auf das Niveau der pandemischen Versorgung erfolgen.

1. **Beibehaltung der bestehenden restriktiven Regelungen zu Ausschreibungsverfahren**

Die frühere Ausschreibungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen hat leider verdeutlicht, dass das Instrument der Ausschreibungen nicht wirklich geeignet zu sein scheint, eine hinreichende Versorgung der Patienten sicherzustellen.

Das Ergebnis war häufig, dass Patienten Aufzahlungen leisten, um die für sie notwendige Versorgung in der entsprechenden Qualität zu erhalten; eine schrittweise Aushöhlung des Sachleistungsprinzips war die Folge. Im Ergebnis sind wirtschaftliche Aufzahlungen nur für Patientinnen und Patienten eine Möglichkeit, die auch die finanziellen Ressourcen für diese haben; in allen anderen Fällen erfolgt eine unzureichende Versorgung, welche unter Umständen auch weitere gesundheitliche Schäden zur Folge haben kann. Aus diesem Grunde hält die BAG SELBSTHILFE das Instrument der Ausschreibungen zur Sicherung der angemessenen Patientenversorgung für ungeeignet.

1. **Erfordernis einer klaren gesetzlichen Abgrenzung zwischen neuer Methode und Hilfsmittel im engeren Sinne**

Das Bundessozialgericht[[1]](#footnote-1) hat in seiner Rechtsprechung dargestellt, dass auch Hilfsmittel Teil einer neuen Methode sein können und in diesem Fall eine vorherige Nutzenbewertung und ein positives Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine Bewilligung des Hilfsmittels erforderlich sind (Sperrwirkung des § 135 SGB V). Dies hat zur Folge, dass Patienten, die ein neues Hilfsmittel benötigen, dem Risiko ausgesetzt sind, dass dieses Hilfsmittel erst nach Abschluss einer Nutzenbewertung, also nach mindestens zwei Jahren, von den Krankenkassen erstattet wird. Da der Methodenbegriff des BSG nur unzureichend konturiert ist, können theoretisch die meisten Hilfsmittel zur Sicherung der Krankenbehandlung als Teil einer Methode angesehen werden und unterstünden damit der Sperrwirkung des § 135 SGB V. Es wird insoweit darauf hingewiesen, dass in dem Urteil zur Kniebewegungsschiene der GBA und das erstinstanzliche Sozialgericht das Vorliegen einer Methode verneinten und das LSG von einem Einsatz des Hilfsmittels im Rahmen einer „alten“ vorhandenen Methode ausging.

In der Folge besteht nach wie vor das Risiko, dass der GKV- Spitzenverband zur Sicherheit bei manchen Anträgen auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis einen Antrag auf Nutzenbewertung stellen wird. Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dann das Vorliegen einer neuen Methode prüfen wird, steht wegen der Weite der bisherigen Definition zu befürchten, dass er das Vorliegen bejahen und ein Nutzenbewertungsverfahren einleiten wird: So hat das BSG in seiner Entscheidung zur Kniebewegungsschiene ausdrücklich festgelegt, dass als Methode eine medizinische Vorgehensweise zu werten ist, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet, und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. Da einem Einsatz eines Hilfsmittels an sich immer ein – auch einfaches – theoretisch wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt und Hilfsmittel ja auch ausdrücklich nach § 33 zur Sicherung der Krankenbehandlung bestimmt sein sollen, bleibt die Frage nach einer sicheren Abgrenzung zwischen Methode und Hilfsmitteln nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE offen. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass Hilfsmittel – auch dann, wenn sie Teil einer Methode sind – nicht der Methodenbewertung unterliegen.

1. **Verzicht auf die Nachweispflicht bzgl. des PQ-Verfahrens bei apothekenüblichen Hilfsmitteln**

Im sog. ALBVVG wurde festgelegt, den § 126 Abs. 1a SGB V um den Absatz 1b zu ergänzen. Dieser sieht für Apotheken vor, sie von der Nachweispflicht zur Erfüllung der Voraussetzungen für eine "ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte ... Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel" bei apothekenüblichen Hilfsmitteln auszunehmen. Sie werden also aufgrund ihres Berufsbildes als ausreichend qualifiziert angesehen.

Für die BAG SELBSTHILFE ist die entscheidende Frage dabei, wie apothekenübliche Hilfsmittel definiert werden. Denn viele Hilfsmittel, etwa auch zur Stomaversorgung, werden in Apotheken abgegeben. Hier ist es jedoch dringend erforderlich, die einheitlichen Qualitätsstandards des Präqualifizierungsverfahrens aufrecht zu erhalten. Die Deutsche ILCO e.V. führt dazu aus:

„Zur Versorgung durch einen Leistungserbringer gehört eben nicht nur, die Hilfsmittel über den Ladentisch zu reichen. Laut Hilfsmittelverzeichnis gehört zur Abgabe auch die Beratung und Anleitung im sachgerechten Gebrauch der Hilfsmittel sowie Beratung bei Problemen mit der Stomaversorgung. In den über 50 Jahren des Bestehens der Deutschen ILCO haben wir sehr viele Erfahrungen mit den unterschiedlichen fachlichen Qualifikationen von Leistungserbringern gemacht. Daher wissen wir sehr gut, dass die Apotheken(mitarbeiter) sich - von wenigen Ausnahmen abgesehen - nicht mit der Stomaversorgung, der Vielfalt der Produkte oder der individuellen Anpassung und Beratung auskennen (das gilt im übrigen auch für spezielle Stuhlinkontinenzversorgung). Eine Anleitung im sachgerechten Gebrauch oder eine fachgerechte Beratung bei Versorgungsproblemen erfordert unter anderem pflegerische Expertise von speziell geschulten Fachgruppen. Beratung zur Irrigation (Stoma-Irrigation oder Transanale Irrigation) sowie das Anleiten zur Durchführung der Irrigationsmethode kann in Apotheken ebenfalls nicht erfolgen - weder in fachlicher noch in räumlicher Hinsicht. Persönliche Beratung bei Versorgungsproblemen, die einen Hausbesuch nötig machen, kann ebenfalls nicht sichergestellt werden.

Die Versorgung von Stomaträgern hat nicht nur in der Anlernphase einen hohen Dienstleistungsanteil. Dieser Anteil kann im Verlauf des Lebens immer wieder hoch sein, weil sich Körperform, Gesundheitszustand/weitere Erkrankungen, (Haut)Verträglichkeiten im Laufe des Lebens immer wieder verändern und die Versorgung jeweils angepasst werden muss.

Eine qualitativ halbwegs einheitlich gute Versorgung von Stomaträgern hat viele Jahre darunter gelitten, dass keine Kriterien festgelegt waren, welche spezielle - also auf Stomaversorgung bezogene - Grundqualifikation jemand mitbringen muss, um Stomaträger zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung versorgen zu dürfen. Die Deutsche ILCO hatte sich aus gutem Grund mit dafür eingesetzt, dass die Präqualifizierung von Leistungserbringern zumindest eine gewisse einheitliche Grundlage schaffen kann und betroffene Menschen so eher auf tatsächliche produktgruppen- und dienstleistungsbezogene Qualifikationen bei den Vertragspartnern der GKV vertrauen können.

Die Deutsche ILCO e.V. hat die große Sorge, dass das Präqualifizierungsverfahren durch solche Ausnahmen, wie jetzt geplant, ausgehöhlt wird und die betroffenen Menschen (weiterhin) nicht sicher sein können, von allen zur Versorgung berechtigten Leistungserbringern individuell gut versorgt zu werden.“

Insoweit hält die BAG SELBSTHILFE die Streichung dieser Passage in § 126 Abs. 1b SGB V für erforderlich oder aber es erfolgt die Festlegung, dass apothekenübliche Hilfsmittel nur solche sind, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Verabreichung von Arzneimitteln stehen, also nicht die traditionellen Hilfsmittel wie Stoma oder Kompressionsstrümpfe betreffen.

Düsseldorf/Berlin, 10.10. 2023

1. BSG Urteil vom 8.7.2015, B 3 KR 6/14 R, zit: http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=13972

   BSG, Urteil vom 08.07.2015 - B 3 KR 5/14, zit: https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=B%203%20KR%205/14%20R [↑](#footnote-ref-1)