



## **Gesundheitspolitische Fragestellungen bei der Versorgung der Patienten mit orthopädietechnischen Hilfs- und Rehamitteln aus Sicht des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik**

Grundsätzlich stimmt der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik den Regelungen im SGB V (Krankenversicherung) zur Versorgung der Patienten mit orthopädietechnischen Hilfs- und Rehamitteln zu. Insbesondere nach der letzten Gesundheitsreform konnte dank des Einsatzes der Gesundheitspolitiker ein fairer Kompromiss zwischen den Interessen der Krankenkassen, der Patienten und der orthopädietechnischen Betriebe bei der Versorgung erzielt werden.

In einigen Punkten besteht aber noch Regelungs- bzw. Nachbesserungsbedarf:

### **Einsatz und Ausschreibung externer Hilfsmittelberatung**

Die gesetzlichen Krankenkassen gehen vermehrt dazu über, neben den Gutachtern des Medizinischen Dienstes (MDK) durch externe private Gutachterdienste prüfen zu lassen, ob ein Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33 SGB V). Durch die privaten Gutachterdienste wird darüber hinaus in vielen Fällen die Höhe der Kostenvoranschläge der Leistungserbringer überprüft und gekürzt.

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik ist der Auffassung, dass der Einsatz externer Hilfsmittelgutachter in Ermangelung einer rechtlichen Befugnis nicht zulässig ist. Die Einschaltung von Gutachtern zur Überprüfung der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln ist abschließend im § 275 Abs. 3 Ziffer 1 in Verbindung mit § 275 Abs. 4 SGB V geregelt, in dem ausgeführt wird, dass die gesetzlichen Krankenkassen den MDK vor Bewilligung eines Hilfsmittels mit der Überprüfung einschalten können, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Darüber hinaus verstößt unseres Erachtens die Weitergabe der Daten der Patienten bei der Überprüfung der Versorgung gegen das Datenschutzrecht.

Diese Auffassung wird durch das Bundesversicherungsamt und den Bundesdatenschutzbeauftragten geteilt und unterstützt. Einzelne Landesversicherungsämter, z. B. in Nordrhein-Westfalen, sind jedoch der Auffassung, dass die Einschaltung externer Gutachter bei der Hilfsmittelversorgung zulässig ist, dies wurde in den letzten Wochen nochmals durch die Aufsichtsbehörden in Nordrhein-Westfalen bei Überprüfung der Ausschreibung externer Gutachterdienste durch die AOK Rheinland/Hamburg festgestellt.

Aus Sicht des Bundesinnungsverbandes besteht daher politischer Klarstellungsbedarf. Wir sind der Meinung, dass private Gutachterdienste nicht durch die Krankenkassen herangezogen werden können. Dabei ist zu beachten, dass der Begriff des Hilfsmittelgutachters nicht geschützt ist. Bei privaten Gutachterdiensten arbeitet daher eine Vielzahl von Mitarbeitern deren Qualifikation aus unserer Sicht nicht nachgewiesen ist.

Außerdem stehen die Mitarbeiter der privaten Gutachterdienste unter dem Druck, für die gesetzliche Krankenversicherung Kosteneinsparungen zu erzielen. Daher werden nach unseren Recherchen zunehmend durch private Gutachterdienste Hilfsmittelversorgungen abgelehnt, die aus medizinischer Sicht notwendig und erforderlich sind. Eine Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden kann bei privaten Gutachterdiensten in diesen Fällen auch nicht erfolgen.

Es sollte daher klargestellt werden, dass die Krankenkassen bei der Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen nur den Medizinischen Dienst (MDK) einschalten können. In den Fällen, in denen der MDK aus Kapazitätsgründen oder weil ihm im Einzelfall die entsprechende Sachkunde fehlt, eine Begutachtung nicht vornehmen kann, kann der MDK dann seinerseits einen Gutachter beauftragen. Die Verantwortung für diesen Gutachter liegt dann aber bei dem MDK.

---

### **Mehrwertsteuerproblematik bei Hilfsmitteln, insbesondere bei Bandagen und Orthesen**

Nach wie vor besteht eine große Unsicherheit darüber, ob Bandagen und Orthesen mit dem vollen oder dem ermäßigten Mehrwertsteuersatz besteuert werden müssen. Die Entscheidungen der Finanzämter und Oberfinanzdirektionen im Bundesgebiet sind unterschiedlich. Dabei kommt erschwerend hinzu, dass medizinisch und technisch gleichartige und gleichwertige Bandagen und Orthesen nach den sogenannten Siebenstellern des Hilfsmittelverzeichnis mit unterschiedlichen Mehrwertsteuersätzen bewertet werden. Für die orthopädiotechnischen Betriebe und Sanitätshäuser besteht daher nach wie vor ein hohes Risiko, dass bei Umsatzsteuerprüfungen die Steuerprüfer zu dem Ergebnis kommen, dass statt des ermäßigten Mehrwertsteuersatzes der volle Mehrwertsteuersatz für Bandagen und Orthesen berechnet werden muss. Auf Betriebe kommen dann teilweise sechsstellige Steuernachforderungen zu.

Eine Verschärfung der Situation ergibt sich seit einigen Monaten dadurch, dass einzelne Steuerprüfer den Betrieben, aber auch den vertragsschließenden Krankenkassen und den Innungen bzw. dem Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik unterstellen, bewusst den ermäßigten Mehrwertsteuersatz in Verträgen festzuschreiben. Daraus wird gefolgert, dass hier der Straftatbestand einer Steuerhinterziehung vorliegen kann.

Das Risiko von erheblichen Steuernachforderungen und zusätzlich die Drohung eines möglichen Strafverfahrens wegen Steuerhinterziehung können die orthopädiotechnischen Betriebe und Sanitätshäuser nicht tragen. Daher ist eine klare Zuordnung der Umsatzsteuer bei Bandagen und Orthesen zwingend erforderlich. Die von der Finanzverwaltung immer wieder vorgenommenen Verweise auf § 12 Umsatzsteuergesetz und die Zolltarife führen hier nicht weiter, da diese Regelungen für die Einzelprodukte sehr auslegungsfähig sind und zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Für den Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik kommt es entscheidend darauf an, dass die Betriebe Rechtssicherheit bei der Angabe der Mehrwertsteuer erhalten. Dabei ist nicht entscheidend, ob der volle oder ermäßigte Mehrwertsteuersatz angewendet wird. Entscheidend ist vielmehr die einheitliche Zuordnung von Mehrwertsteuer für Bandagen und Orthesen.

### **Umsetzung des Patientenrechtegesetzes/Verzögerung von Entscheidungen durch die Krankenkassen**

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik begrüßt es, dass durch das Patientenrechtegesetz die Entscheidungsabläufe bei den Krankenkassen bei der Entscheidung über die Hilfsmittelversorgung der Patienten beschleunigt worden sind. In der Praxis sehen wir jedoch bei einer Reihe von Krankenkassen die Tendenz, Entscheidungen über die Hilfsmittelversorgung zu verzögern.

Zum einen berufen sich Krankenkassen vermehrt darauf, dass die Fristen zur Entscheidung über die Hilfsmittelversorgung auf fünf Wochen ausgedehnt werden können, da krankenkasseninterne Gutachter für die Beurteilung der Versorgung herangezogen werden. Nach Auffassung des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik sieht das Gesetz den Einsatz solcher krankenkasseninternen Gutachter nicht vor, eine Verlängerung der Entscheidungsfrist ist nur dann zulässig, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDS/MDK) eingeschaltet wird. Das Bundesgesundheitsministerium teilt prinzipiell diese Auffassung, sieht sich aber nicht in der Lage, hierzu eine verbindliche Gesetzesauslegung vorzunehmen. Eine Klarstellung sollte daher politisch erfolgen, dass im Interesse einer schnellen Patientenversorgung die kurzen Entscheidungsfristen bei Einschaltung krankenkasseninterner Gutachter gelten.

Zum anderen erhalten wir zunehmend Berichte aus den orthopädietechnischen Betrieben und Sanitätshäusern, dass Sachbearbeiter der Krankenkassen die Fristen des Patientenrechtegesetzes dadurch umgehen, dass in Zweifelsfällen Hilfsmittelversorgungen abgelehnt werden. Der dann notwendige Widerspruch der Patienten führt zu verlängerten Entscheidungsfristen für die Krankenkassen. Auch diese Vorgehensweise kann nicht im Interesse der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes sein.

### **Umsetzung des elektronischen Kostenvorschlages im Hilfsmittelbereich/Einheitliche Regelungen ähnlich § 302 SGB V für die Abrechnung**

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik begrüßt die Einführung des elektronischen Kostenvorschlages im Hilfsmittelbereich. Damit sind Erleichterungen für die Krankenkassen und die orthopädietechnischen Betriebe und Sanitätshäuser verbunden.

Bei der Umsetzung des elektronischen Kostenvorschlages sehen wir jedoch, dass die jeweiligen Krankenkassen unterschiedliche Regelungen für die Einreichung und Bearbeitung des elektronischen Kostenvorschlages vorsehen. Dies bedeutet für die einzelnen Betriebe einen erheblichen Verwaltungsmehraufwand.

Außerdem schreiben einzelne Krankenkassen vor, dass der elektronische Kostenvorschlag nur über bestimmte Dienstleister, die von der Krankenkasse vorgegeben werden, eingereicht werden kann. Dies führt für die Betriebe dazu, dass sie mit jeweils unterschiedlichen Dienstleistern Verträge über die Bearbeitung des elektronischen Kostenvorschlages abschließen müssen, was ebenfalls zu Verwaltungsmehraufwand und einer erheblichen Mehrkostenbelastung führt.

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik plädiert daher dafür, Regelungen zur Umsetzung des elektronischen Kostenvorschlages einheitlich für die Krankenkassen festzulegen, ähnlich wie dies im § 302 SGB V für die Abrechnung vorgesehen ist. Eine solche Rahmenregelung könnte die Anforderungen an den elektronischen Kostenvorschlag für die Krankenkassen vereinheitlichen und auch sicherstellen, dass alle Dienstleister, die mit der Übermittlung und Entgegennahme des elektronischen Kostenvorschlages

befasst sind, in das Verfahren eingebunden werden können. Damit wäre eine erhebliche Verwaltungs- und Kostenreduzierung möglich.

### **Regelung von Notfall- und Eilversorgungen auch ohne Verträge mit den Krankenkassen**

Nach dem Wegfall der Zulassung für die Betriebe sind Versorgungen der Patienten nur noch dann möglich, wenn die einzelnen orthopädiotechnischen Betriebe und Sanitätshäuser Verträge mit den jeweiligen Krankenkassen besitzen. Die Betriebe haben in der Regel mit großen bundesweiten Krankenkassen und ihren regionalen Kassen Verträge abgeschlossen. Problematisch wird die Versorgung der Patienten, die von den Betrieben versorgt werden sollen, ohne dass Rahmenverträge und Preisvereinbarungen mit den jeweiligen Krankenkassen vorliegen. Hier können Versorgungen nur über Einzelkostenvoranschläge mit diesen Krankenkassen geregelt werden.

Gerade in Kliniken, die häufig eine überregionale Schwerpunktversorgung durchführen, ist dies für die Betriebe ein großes Problem. Die Ärzte in den Kliniken drängen aus medizinischen Gründen auf eine möglichst schnelle Versorgung von Patienten nach Operationen und sonstigen Behandlungen. Die Einreichung von Kostenvoranschlägen und das Warten auf die Genehmigung erfordert jedoch manchmal mehrere Tage, so dass die Versorgung nicht durchgeführt werden kann oder die Betriebe bei einer medizinisch indizierten Versorgung vor Genehmigung durch die Krankenkasse ein wirtschaftliches Risiko eingehen. Dies ist insbesondere bei teuren Hilfsmittelversorgungen nicht tragbar.

Die gleiche Problematik ergibt sich, wenn Patienten in Notfällen in den orthopädiotechnischen Betrieben und Sanitätshäusern direkt versorgt müssen, jedoch kein Vertrag mit der Krankenkasse besteht.

Es sollten daher Regelungen geschaffen werden, die es den Krankenkassen und Betrieben ermöglichen, bei Eil- und Notversorgungen auch ohne einen Vertrag Versorgungen durchführen zu können. Zu denken wäre hier eine Regelung, die ähnlich wie bei dem alten Zulassungsverfahren klarstellt, dass in diesen Fällen der Betrieb grundsätzlich die Versorgung durchführen kann. Über die Höhe des Preises muss dann im Nachhinein eine Einigung mit der jeweiligen Krankenkasse herbeigeführt werden.

### **Vorstellung des Fachbeirates Technische Orthopädie/Weißbuch Technische Orthopädie**

Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik hat zusammen mit den Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie im Mai 2012 den Fachbeirat Technische Orthopädie gegründet. Der Fachbeirat soll als Ansprechpartner für die Politik, die Krankenkassen und die Öffentlichkeit bei Fragen der orthopädischen Krankheitsbilder und ihrer Versorgung zur Verfügung stehen.

Die Qualität der Hilfsmittelversorgung hängt nicht allein von der Produktqualität der Hilfs- und Rehamittel ab. Vielmehr ist die Qualität der Patientenversorgung immer im Zusammenhang mit der ärztlichen Anamnese und Diagnose zu betrachten. Dabei setzt die Hilfsmittelversorgung in der Regel die Behandlungsziele der konservativen Orthopädie um. Gerade durch Maßnahmen der konservativen Orthopädie in Verbindung mit der Orthopädiotechnik können die Beschwerden vieler Patienten gelindert oder sogar beseitigt werden. Zudem können so häufig Operationen verhindert oder doch zumindest zeitlich hinausgeschoben werden, die sowohl den einzelnen Patienten belasten als auch die Ausgaben der Krankenkassen deutlich steigern.

Der Fachbeirat Technische Orthopädie befasst sich daher zurzeit mit der Erstellung von sogenannten Versorgungspfaden, um gerade diese Fragen der ärztlichen Behandlung und orthopädiotechnischen Versorgung aufzuarbeiten und so allen Beteiligten, gerade auch den die Versorgung genehmigenden Krankenkassen, mehr Sicherheit bei der Hilfsmittelversorgung zu geben.

Darüber hinaus beschäftigt sich der Fachbeirat mit der Entwicklung von Methoden, um die Wirksamkeit der Hilfsmittelversorgung und die Patientenzufriedenheit zu messen. Auch dies sind wichtige Anhaltspunkte für die ärztliche Therapie und die Hilfsmittelversorgung. Derartige Studien stellen bei ihrem Vorliegen auch für die Krankenkassen einen wichtigen Anhaltspunkt dar, um den Erfolg einer orthopädiotechnischen Versorgung der Patienten bewerten zu können.

Neben diesen Einzelaktionen hat der Fachbeirat Technische Orthopädie das „Weißbuch Technische Orthopädie“ erarbeitet, in dem zum ersten Mal ein Überblick über die medizinischen, technischen und rechtlich-organisatorischen Voraussetzungen der Hilfsmittelversorgung gegeben wird. Das Weißbuch kann damit als Grundlage für Politiker, Krankenkassen, Ärzte, Orthopädietechniker und auch Patienten dienen. Das „Weißbuch Technische Orthopädie“ wurde in einer Pressekonferenz in dem Gebäude der Bundespressekonferenz am 28. April 2014 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Juli 2014