



Die Vereinigung für Stomaträger (Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung) und für Menschen mit Darmkrebs

STELLUNGNAHME ZUM ENTWURF DER HILFSMITTEL-RICHTLINIE

VORBEMERKUNGEN

Mit dem vorliegenden Entwurf der Hilfsmittel-Richtlinie wird die Auswahl des Einzelproduktes weiterhin fast ausschließlich in die Hand von kommerziellen Leistungserbringern gelegt.

Dem betroffenen Menschen, der auf Hilfsmittel angewiesen ist und mit ihnen leben muss, wird keine Kompetenz zuerkannt, die ihn berechtigt, an der Auswahl der individuell für ihn am besten passenden Hilfsmittel entscheidend mitzuwirken. Diese Auffassung spiegelt sich in der Hilfsmittel-Richtlinie wieder und widerspricht damit eklatant dem SGB IX, wonach gemäß § 9 Abs. 1 den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten bei der Entscheidung über die Leistung zu entsprechen ist. Danach soll auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen werden. Besteht in dieser Hinsicht ein – z.B. bei einem Hilfsmittel – mehr als geringfügiger Gebrauchsvorteil, ist den Wünschen des Leistungsberechtigten zu entsprechen. Das Wunsch- und Wahlrecht erstreckt sich dabei sowohl auf die Entscheidung für eine Leistung als auch auf deren Ausführung. Hintergrund dieser Regelung ist die Einsicht, dass eine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung nur gewährleistet ist, wenn die Leistungsberechtigten aktiv in die Entscheidung über die Leistung eingebunden werden.

Der Wunsch der Vertreter von Organisationen behinderter und chronisch kranker Menschen an die Krankenkassen, diesem Recht des Betroffenen (= Leistungsberechtigten) zumindest dadurch Rechnung zu tragen, dass in die Richtlinie ein ausdrücklicher Bezug auf das SGB IX aufgenommen wird, wurde mit dem Hinweis auf die Übergesetzlichkeit des SGB IX mehrheitlich abgelehnt. Gespräche mit Kassenvertretern verstärken den Eindruck, dass diese Ablehnung darauf beruht, dass Wünsche von Leistungsberechtigten per se als maßlos und kostentreibend angesehen werden.

Ohne Mitbestimmung der Betroffenen bei der Auswahl des Einzelproduktes besteht Gefahr einer nicht bedarfsgerechten Versorgung. Schon jetzt wählen Leistungserbringer aus sogenannten gleichartigen Produkten oft nur diejenigen aus, die einen größeren Umsatz und damit höhere Rabatte beim Einkauf ermöglichen. Die Abgabe der Hilfsmittel orientiert sich deshalb nicht zuerst am individuell notwendigen Bedarf des Betroffenen, sondern am finanziellen Nutzen für den Leistungserbringer.

Dem Arzt kommt bei der Hilfsmittelverordnung eine merkwürdige Rolle zu: Einerseits wird von ihm erwartet, die individuelle Situation des Patienten genau zu kennen und seinen Bedarf einzuschätzen, um ein Hilfsmittel verordnen zu können, andererseits soll er genau dieses Kenntnis dann nicht anwenden, sondern lediglich eine Produktgruppe verordnen. Die Verordnung eines Einzelproduktes soll nur im Ausnahmefall möglich sein. Dieser Widerspruch ist unlogisch, denn wenn ein Arzt die Voraussetzungen laut § 6 erfüllt, ist er auch in der Lage, ein konkretes Einzelprodukt zu verordnen. Unseres Erachtens ist die Formulierung der Richtlinie ein unzulässiger Eingriff in die Entscheidungskompetenz des Arztes sowie in das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Um das Übel an der Wurzel zu packen, wäre eine erneute Gesetzesänderung nötig, welche das Mitwirkungsrecht des einzelnen Betroffenen an der Entscheidung über die Leistung ausdrücklich formuliert. Mögliche Änderungen in der Hilfsmittel-Richtlinie zu erreichen, stellen lediglich das Bemühen dar, negativen Folgen für die Betroffenen die Spitze zu nehmen.

STELLUNGNAHME

Der Textentwurf der Hilfsmittel-Richtlinie trägt diesen Grundsätzen und im Besonderen den Verordnungsbedürfnissen der Betroffenen nur unzureichend Rechnung. Die letzte Entscheidung über die Auswahl des Produktes liegt – trotz einer Ergänzung im § 7 Abs. 3 (2. Satz „...mit dem Versicherten ausgewählt.“) – weiterhin beim Leistungserbringer. Da der Leistungserbringer legitimerweise in erster Linie am Hilfsmittel verdienen will, sehen wir eine bedarfsgerechte und damit letztlich wirtschaftliche Versorgung in Frage gestellt.

zu § 6 Abs. 5

In Satz 1 ist von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln die Rede. Das Wort „gleichartig“ suggeriert, dass diese Produkte austauschbar sind und für den Betroffenen bei beliebiger Auswahl kein Nachteil entsteht. Gleichartige Produkte sind aber aus Sicht des Betroffenen, der sie täglich nutzen muss und der sie – von der kurzen Zeit des Wechsels abgesehen – permanent auf der Haut trägt gerade nicht gleichwertig. Zu fordern, dass „das nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen [ist]“, kann fatale Auswirkungen/Folgen für den Betroffenen haben hinsichtlich Hautverträglichkeit, Sicherheit und Bewegungsfreiheit. Eine diesen Kriterien nicht optimal entsprechende Stomaversorgung kann Undichtigkeiten, Hautentzündungen und gegebenenfalls einen höheren Verbrauch zur Folge haben.

Selbst wenn es sich „nur“ darum handelt, dass man sich mit einem bestimmten Produkt einfach wohler fühlt (was automatisch „sicherer“ bedeutet) als mit einem anderen gleichartigen, bedeutet dies bei dem permanenten Auf-der-Haut-spüren des Produktes sofort ein Mehr oder Weniger an Lebensqualität. Und diese sollte nicht austauschbar sein. Ein eventueller Vergleich mit der Aut-idem-Regelung bei Arzneimitteln ist hier nicht passend, weil gleichartige Produkte im Falle der Stomaversorgung tatsächlich nicht gleichwertig sind.

Zu ergänzen wäre hier in Satz 1: „Von gleichartig wirkenden und vom Versicherten als gleichwertig beurteilten Hilfsmitteln...“

zu § 7 Abs.3

Vorgesehen ist laut Satz 3, dass „konkrete Einzelprodukte im begründeten Ausnahmefall verordnet werden [können]“. Die Verordnung eines Einzelproduktes nur als Ausnahme degradiert den Arzt in seiner Kompetenz und macht den Betroffenen zum Bittsteller. Viele Stomaträger müssen mehrere gleichartige (!) Produkte ausprobieren, um zu einer Versorgung zu finden, die sicher haftet, hautverträglich ist und zudem in der Bewegungsfreiheit nicht einschränkt. Sie testen auch weiterhin von sich aus andere oder neu auf den Markt gekommene Produkte – nicht aus Vergnügen, sondern weil sie hoffen, ein Produkt zu finden, mit dem sie noch besser (längere Haftung, bessere Hautverträglichkeit, bessere Bewegungsfreiheit) versorgt sind als bisher. Wenn es ihnen gelungen ist, eines zu finden, soll die Verordnung dieses konkreten Produktes jedes Mal eine Ausnahme darstellen?

Für die geforderte Begründung gibt es keinerlei Kriterien. Die Erfahrung des Betroffenen anzuführen, reicht oft nicht aus. Auch jetzt schon werden Begründungen vom Leistungserbringer oder von der Krankenkasse ignoriert oder abgelehnt. Betroffenen, die nicht in der Lage sind sich dagegen zur Wehr zu setzen, wird zugemutet, sich mit zweitbesten Lösungen zu fassen. Der Arzt kennt seinen Patienten, dessen Probleme und Lebenssituation und kann in der Regel gut einschätzen, ob dieser ein Mensch ist, der häufig unberechtigte Forderungen stellt oder ob seine Schilderungen glaubwürdig sind (das muss er für andere Verordnungen auch). Die Verordnung eines Einzelproduktes durch den Arzt in Absprache mit dem Betroffenen muss daher gleichberechtigt neben der Verordnung mit Angabe der 7-stelligen Positionsnummer stehen und nicht nur als begründeter Ausnahmefall möglich sein.

Satz 3 wäre daher neu zu fassen: „Konkrete Einzelprodukte können vom Arzt in Absprache mit dem Versicherten verordnet werden.“

zu § 10 Informationspflichten

Abs. 2 verpflichtet die Krankenkassen, „auf Nachfrage auch über die wesentlichen Inhalte der Verträge“ zu informieren. Nach Erfahrung der Deutschen ILCO wird das, was als „wesentlich“ erachtet wird, von den Krankenkassen sehr unterschiedlich ausgelegt. Dies reicht von wenigen, mündlich genannten, eher allgemein gehaltenen Grundsätzen bis hin zu einem schriftlichen Auszug aus dem Vertrag, aus dem hervorgeht, was der Leistungserbringer an Leistung tatsächlich zu erbringen hat. Ein Betroffener hat nur im letzteren Fall die Möglichkeit zu erkennen, ob der Leistungserbringer ihn überhaupt vertragsgemäß versorgt – und nur in diesem Fall kann er auch seine Krankenkasse informieren, falls er nicht entsprechend versorgt werden sollte, der Leistungserbringer also seiner Leistungspflicht nicht nachkommt.

Satz 2 wäre daher zu ergänzen: „... auf Nachfrage schriftlich auch über die wesentlichen Inhalte der Verträge, welche deutlich erkennen lassen, zu welcher Leistung gegenüber dem Versicherten sich der Leistungserbringer verpflichtet hat.“

13. August 2008