Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0220(1)
gel. VB zur öAnhörung am 30.11.2016_HHVG
14.11.2016

Kräfte bündeln.

Orthopädie.Technik
Bundesinnungsverband

Bundesinnungsverband für Orthopädie.Technik
Reinoldistraße7-9 · 44135 Dortmund

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per E-Mail an ma01.pa14@bundestag.de

Ihr Ansprechpartner: Norbert Stein
Telefon: +49 231 557050-11
Telefax: +49 231 557050-40
E-Mail: info@biv-ot.org
Unser Zeichen: st/gr
Datum: 14.11.2016

Stellungnahme des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik (BIV-OT) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) – Drucksache 18/10186 vom 02.11.2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem HHVG sollen die Heil- und Hilfsmittelversorgung im Sinne einer Qualitätsverbesserung gestärkt und Patientenrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert werden. Wir stellen fest, dass die orthopädietechnischen Betriebe und Sanitätshäuser mit ihrer Dienstleistungsqualität eine anerkannt hohe Patientenzufriedenheit herstellen. Die Patientenbeschwerden und Sozialrechtsklagen richteten sich in den vergangenen Jahren fast ausschließlich gegen die Leistungspflicht der GKV. Es ist davon auszugehen, dass auf Grund des im HHVG geplanten einseitigen Datenflusses die GKV ihre Versicherten weiterhin an den billigsten Leistungserbringer steuern wird. Zudem besteht kein sachlicher Grund, die Höhe des privaten Aufzahlungsbetrages von der GKV zu erheben und zu nutzen. Das widerspricht verfassungs- und datenschutzrechtlichen Grundsätzen. Ferner benötigen die Krankenkassen diese Daten nicht für ihre Rechtspflichten.

Ermittlung von Mehrkosten

Artikel 1, Nummer 20 HHVG (§ 302 Absatz 1 SGB V)

Die in § 302 Abs. 1 SGB V neu eingefügte Regelung zur Meldung privater Aufzahlungen der Versicherten verstößt gegen das Verfassungsrecht und auch gegen das Bundesdatenschutzgesetz. Ob und inwieweit der Versicherte ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, mit der Folge der Aufzahlung wählt, ist seine privatautonome Entscheidung. Auf Belange der Krankenkassen hat der Versicherte hier keine Rücksicht zu nehmen. Im Gegenzug obliegt der Krankenkasse zu Gunsten ihres Versicherten keine Pflicht, seine Vermögensinteressen wahrzunehmen. Ihre Aufgabe beschränkt sich darauf, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern, vgl. § 1 S. 1 SGB V. Dem entsprechend enthält das SGB V mit Blick auf die Grundrechte der Versicherten – insbesondere in § 284 SGB V als zentraler datenschutzrechtlicher Vorschrift auch in der vorgesehenen Änderung – keine Ermächtigung der Krankenkassen, die Höhe des privat geleisteten Aufzahlungsbetrages beim Leistungserbringer zu erheben und zu nutzen. Auch deshalb erfolgt im gesamten Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) keine Datenerhebung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Schlussendlich ist eine Sammlung von Daten bzgl. der Art und des Umfangs privater Aufwendungen im Gesundheitsbereich unvereinbar mit dem grundgesetzlich geschützten Recht auf informationelle Selbstbestimmung.

Ein ausreichender Schutz vor einer vom Leistungserbringer möglicherweise nicht erbrachten Aufklärung über die aufzahlungsfreie Versorgung wird bereits durch § 127 Abs. 4a SGB V in neuer Fassung gewährleistet. Danach sind Versicherte nachweislich in Form einer schriftlichen Dokumentation über die zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Nicht zuletzt erhalten auf Grundlage der geschlossenen Versorgungsverträge die gesetzlichen Krankenkassen oftmals heute schon die Information, ob ein Hilfsmittel für die Versicherten eigenanteilsfrei oder mit einer Aufzahlung abgegeben worden ist. Die Voraussetzungen für eine qualifizierte Prüfung von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der erbrachten Leistungen sind damit heute schon geschaffen und werden mit der Aufnahme der Beratungspflicht der Versicherten ins Gesetz adäquat gestärkt.

Die vorgesehene Änderung des § 302 Abs. 1 SGB V ist daher zu streichen.

Präqualifizierungsverfahren

Artikel 1, Nummer 9 HHVG: (§ 126 Absatz 1a und Absatz 2 SGB V)

Der BIV-OT begrüßt die geplanten Änderungen hinsichtlich der Benennung und der Kontrolle von Präqualifizierungsstellen (PQ-Stellen) durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS). Damit führt eine unabhängige Organisation die Überwachung der PQ-Stellen durch. Die in Bezug genommene Norm DIN EN ISO/IEC 17065 enthält keine Vorgaben zu der rechtlichen und wirtschaftlichen Konstituierung der Präqualifizierungsstellen. Das in der Begründung zum Referentenentwurf aufgestellte Verbot der wirtschaftlichen, personellen oder organisatorischen Verflechtung von PQ-Stellen mit Leistungserbringern und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern ist rechtlich unbegründet und daher zu streichen.

Ausschreibungen

Artikel 1, Nummer 10 HHVG (§ 127 Absatz 1 SGB V)

Der BIV-OT begrüßt die Einführung von Kriterien zur Versorgungsqualität in Ausschreibungsmodellen. Allerdings fordert der BIV-OT weiterhin für individuell herzustellende Hilfsmittel sowie Hilfsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil ein ausdrückliches Ausschreibungsverbot. Die Fertigung und Abgabe dieser Produkte setzen ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer voraus, so dass die freie Wahl des Leistungserbringers unter einer möglichst großen Vielzahl an Leistungserbringern in wohnortnaher Umgebung Voraussetzung für eine qualitätsorientierte Hilfsmittelversorgung ist. Deshalb ist § 127 Abs. 1 Satz 5 SGB V im Zusammenhang der Änderungen durch das HHGV durch Streichung der Wörter "in der Regel" klarstellend wie folgt zu fassen:

„Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen ~~in der Regel~~ nicht zweckmäßig.“

Zudem fordert der BIV-OT eine Klarstellung, dass das im HHVG vorgesehene Mehrpartnermodell nur für Verträge gemäß § 127 Absatz 1 SGB V (Ausschreibungen) gelten darf. Der derzeitige Gesetzestext kann

auch dahingehend ausgelegt werden, dass das Mehrpartnermodell für den gesamten § 127 des SGB V, insbesondere Absatz 2 (Verträge), gelte. Dadurch droht die Gefahr, dass es künftig keine kollektivvertraglichen Regelungen mit vorgeschalteten Vertragsverhandlungen mehr gibt.

Verträge gemäß § 127 Absatz 2 SGB V sind jedoch durch die Verhandlungen zwischen Leistungserbringerverbänden und Krankenkassen geprägt. Hierdurch entsteht insbesondere für die kleinen und mittleren Betriebe im Gesundheitswesen ein faires Gleichgewicht der Interessen, welches eine hohe Leistungssicherheit garantiert. Gleichzeitig wird hierdurch eine Vielfalt an Leistungserbringern garantiert, die in einem positiven Qualitätswettbewerb zueinander stehen. Für den Patienten bedeutet dies die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung bei gleichzeitiger Wahlfreiheit unter den Leistungserbringern.

Der BIV-OT schlägt daher vor, den geplanten § 127 Absatz 1 Satz 4 SGB V zu streichen:

„~~Verträge nach Satz 1 können mit mehreren Leistungserbringern abgeschlossen werden.~~“

Die entsprechenden Passagen in der Gesetzesbegründung müssten ebenfalls gestrichen werden:

Gesetzesbegründung, A. Allgemeiner Teil, II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs, 7. Stärkung der Wahlrechte der Versicherten:

Folgender Satz muss gestrichen werden:

„~~Die Krankenkassen können aber auch mehreren Leistungserbringern den Zuschlag erteilen (sogenanntes „Mehr-Partner-Modell“), zwischen denen sie den Versicherten ein freies Wahlrecht einräumen. Um bestehende Rechtsunsicherheit zu beheben, wird im Gesetz klargestellt, dass das „Mehr-Partner-Modell“ auch im Rahmen von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich zulässig ist.~~“

Stattdessen muss die Gesetzesbegründung wie folgt ergänzt werden:

„Bei Hilfsmittelversorgungen, die im Wege der Ausschreibung zustande gekommen sind, erfolgt die Versorgung der Versicherten durch den Ausschreibungsgewinner. Um die Wahlrechte der Versicherten zu stärken, ohne die mit den Ausschreibungen verbundenen Wirtschaftlichkeitseffekte aufzugeben, sieht das Gesetz vor, dass die Krankenkassen auch bei Ausschreibungen ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln einräumen müssen. Dies kann dadurch umgesetzt werden, dass der Ausschreibungsgewinner vertraglich dazu verpflichtet wird, eine Mindestanzahl von mehrkostenfreien Hilfsmitteln vorzuhalten. Es wird klargestellt, dass das unter der Bezeichnung „Open House“/“Open Book“ von Krankenkassen im Pharmabereich genutzte Verfahren zur Auftragsvergabe nicht dem Rechtsbegriff der „Ausschreibung“ in § 127 Absatz 1 SGB V unterfällt. Das „Open-House-/Open-Book-Verfahren“ ist für Vertragsschlüsse im Bereich medizinischer Hilfsmittel nicht zulässig. Die in § 127 Absatz 1 bis 3 SGB V geregelten Verfahren für den Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sind als abschließender Katalog zu verstehen.“

Dementsprechend muss in der Gesetzesbegründung B. Besonderer Teil zu Artikel 1 zu Nr. 10 (§ 127) zu Doppelbuchstabe bb die Gesetzesbegründung gestrichen bzw. ergänzt werden.

Beratungspflichten der Leistungserbringer

Artikel 1, Nummer 10 HHVG (§ 127 Absatz 4a SGB V)

Der BIV-OT begrüßt, dass der Gesetzgeber die Leistungserbringer als wichtigen und zum Teil sogar primären Ansprech- und Vertrauenspartner der Versicherten im Bereich der Hilfsmittelversorgung sieht. Der Gesetzgeber muss jedoch Inhalt, Umfang sowie Form der Aufklärung für alle Beteiligten rechtssicher festschreiben. Eine dem bestehenden Vertragsmodell folgende Lösung wäre die Vereinbarung von Aufklärungspflichten in Vertragsformularen. Die orthopädietechnischen Betriebe und Sanitätshäuser haben weite Teile dieser gesetzlichen Neureglung bereits in den Rahmenverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V umgesetzt.

Ferner sind die Rechtsfolgen fehlender oder unzureichender Dokumentation der Beratung im Gesetz zu bestimmen und Heilungsmöglichkeiten einzuräumen. Denn bisher streichen einige gesetzliche Krankenkassen den vollständigen Vergütungsanspruch bei den Leistungserbringern, wenn nur marginale Formfehler begangen werden.

Mit Blick auf den durch die neuen Beratungspflichten zu erwartenden zusätzlichen Zeit- und Personalaufwand sowohl bei Leistungserbringern als auch bei den gesetzlichen Krankenkassen sollte für die Anwendbarkeit der Regelung ein Mindestwert des Hilfsmittels bzw. der Dienstleistung von 300 Euro eingeführt werden. § 127 Abs. 4a SGB V wäre demnach wie folgt zu fassen:

„Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen nach § 33 Abs. 1 Satz 1 und 4 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und medizinisch notwendig sind. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 in einem mit den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften auszuhandelnden Formular schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Die fehlende oder unzureichende Dokumentation gemäß Satz 2 kann nachgeholt werden und berechtigt die Krankenkassen nicht zu Abrechnungsbeanstandungen und Absetzungen gegenüber den Leistungserbringern. Im Fall des § 33 Abs. 1 Satz 5 sind die Versicherten auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Sätze 1 bis 5 finden keine Anwendung bei Leistungen von einem Wert unter 300 Euro (Endpreis).“

Außerdem ist bei Notfallversorgungen die geplante Neuregelung zur Beratung und Dokumentation nicht umsetzbar. Hier sollte daher folgende gesetzliche Ausnahmeregelung ergänzt werden:

„Ebenfalls finden die Sätze 1 bis 5 keine Anwendung bei Notfallversorgungen der Patienten.“

Verfahrensvereinfachung

Änderung § 127 Absatz 6 SGB V

Im Rahmen des HHVG sollte schließlich eine vom GKV-VStG geschaffene Regelungslücke bzw. Regelungsschwäche ausgeglichen werden: Das GKV-VStG regelt mit dem Ziel des Bürokratieabbaus und der Verfahrensvereinfachung und -vereinheitlichung die Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich der erforderlichen Unterlagen, Formulare, Erklärungen und Bestätigungen. In der

Praxis hat sich gezeigt, dass eine Vereinheitlichung nur zielführend erreicht werden kann, wenn die gesetzlichen Krankenkassen Rahmenvereinbarungen verpflichtend umsetzen müssen. § 127 Absatz 6 ist demnach wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vereinbaren ~~geben gemeinsame Rahmenempfehlungen~~ Regelungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ~~ab~~. In den ~~Empfehlungen~~ Vereinbarungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. Die ~~Empfehlungen~~ Vereinbarungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 zu Grunde zu legen."

Externe Hilfsmittelberater

Änderung § 275 Absatz 3 SGB V

Nach § 279 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 3 Ziff. 1 SGB V liegt es in der Kompetenz des MDK, die Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu überprüfen. Gesetzliche Regelungen, die Krankenkassen ermächtigen, eigene sog. "externe Hilfsmittelberater" hinzuzuziehen, finden sich nicht im SGB V. Der Einsatz von externen Hilfsmittelberatern durch die gesetzlichen Krankenkassen und der damit verbundene Zugang zu sensiblen Versichertendaten ist damit nicht zulässig.

Dies hat bereits der Bundesdatenschutzbeauftragte zu Recht ausgeführt. Ebenfalls hat das Bundesversicherungsamt sich dafür ausgesprochen, externe Hilfsmittelberater nicht direkt in die Überprüfung der Versorgungen einzubeziehen.

Daher sollte im SGB V geregelt werden, dass der Einsatz von externen Hilfsmittelberatern ausschließlich über den MDK erfolgt. § 275 Abs. 3 Ziff. 1 SGB V sollte daher wie folgt ergänzt werden:

"*; soweit im Einzelfall erforderlich darf der Medizinische Dienst einen externen Hilfsmittelberater zur Prüfung heranziehen. Eine Beauftragung über eine gesetzliche Krankenkasse ist ausgeschlossen.*"

Schlussbemerkung

Insbesondere vor dem Hintergrund der vorgesehenen Regelungen zur Daten- und Informationsübermittlung im HHVG, aber auch bzgl. der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen stellt sich die Frage, wer bei der Verarbeitung und Weitergabe von medizinischen und ökonomischen Massedaten welche Rechte besitzt.

Der BIV-OT plädiert dafür, dass es zwingend notwendig ist, dass alle Gesundheitshandwerke, die direkt und indirekt zur Lieferung von analogen wie digitalen Daten verpflichtet sind bzw. werden, Mitsprache-, Informations- und Vertragsrechte zur Gestaltung dieser Prozesse erhalten.

Hierbei sollten vermehrt die Prinzipien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen als strikte Vorgaben durch den Gesetzgeber zum Zuge kommen. Wenn Daten erhoben werden, die ein Akteur im Sozialrecht grundsätzlich für seine Information und Marktsteuerung sowie Vertragsverhandlungen verwenden kann, dann

sind die Erhebung und Verwendung der Daten von den jeweiligen Akteuren zu regeln und gleichzeitig jedem Betroffenen bereit zu stellen.

Ziel ist eine Informationsparität im Vergleich zu einem derzeit dominierenden einseitigen Datenflusses hin zur GKV oder vorgelagerten approbierten Professionen im Gesundheitswesen.

Freundliche Grüße

Bundesinnungsverband
für Orthopädie.Technik

Klaus-Jürgen Lotz
Präsident

Ass. Norbert Stein
Geschäftsführer