

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0220(9)
gel. VB zur öAnhörung am 30.11.
2016_HHVG
17.11.2016

Zentralverband Gesundheitshandwerk
Orthopädieschuhtechnik
Ricklinger Stadtweg 92
30459 Hannover
Telefon 0511 / 54 39 80 80
Telefax 0511 / 54 39 80 70
Email info@zvos.de
Internet www.zvos.de

Hannover, 17.11.2016

an: ma01.pa14@bundestag.de

Stellungnahme des Zentralverbands Orthopädieschuhtechnik 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,

der Zentralverband Orthopädieschuhtechnik begrüßt es ausdrücklich, dass der Gesetzgeber mit dem Gesetzentwurf die Heil- und insbesondere die Hilfsmittelversorgung stärken und die Qualität der Versorgung verbessern will.

Um dies gewährleisten zu können, sind aus unserer Sicht jedoch weitere vergaberechtliche Anpassungen sowie eine aktive, verbindliche Beteiligung der Leistungserbringerverbände notwendig. Dies betrifft

- den Fortschreibungsprozess des Hilfsmittelverzeichnisses
- die Hilfsmittelabrechnung (§302)
- die Festlegung der Rahmenbedingung für Vertragscontrolling
- Maßnahmen zur Entbürokratisierung (§127, Abs. 6 SGB V).

Im Einzelnen:

	Kommentar
Artikel 1 Nr. 9	
<u>§ 126 Absatz 1a und Absatz 2 SGB V)</u>	Der ZVOS 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.

Artikel 1 Nr. 10	
<u>§ 127 Abs. 1 Satz 5 SGB V</u>	Der Zentralverband Orthopädieschuhtechnik begrüßt ausdrücklich die Einführung von Kriterien zur Versorgungsqualität in Ausschreibungsmodellen. Wir fordern allerdings 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 <i>„Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.“</i>
<u>§ 127 Absatz 4a SGB V</u>	Der ZVOS 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.
Artikel 1 Nr. 14	
<u>§ 139 Abs. 11</u>	Es sollte insbesondere klargestellt werden, dass es sich hierbei nicht um ein reines Anhörungsrecht für die Leistungserbringer handelt. Denn die vergangenen Jahre haben leider gezeigt, dass derartige Anhörungsrechte - bei durchaus nachvollziehbaren und sachlich angemessenen Anmerkungen der Leistungserbringerverbände - nicht zu einer Berücksichtigung der Einwände geführt haben. Im Rahmen der derzeitigen Fortschreibung der Produktgruppe 08 des Hilfsmittelverzeichnisses - Einlagen - wird dies erneut deutlich. Das Anhörungsrecht läuft für die betroffenen Leistungserbringerverbände praktisch leer. Die vom Gesetzgeber gewünschte Beteiligung wird nicht erreicht. Im Gesetzesentwurf ist formuliert, dass die Stellungnahmen der Leistungserbringerverbände in die Entscheidung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einzubeziehen sind. Daher sollte zumindest in der Begründung klargestellt werden, dass Entscheidungen gegen das Votum der maßgeblichen Leistungserbringerverbände nicht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen getroffen werden können. Deutlich zielführender wäre aber eine Änderung des Gesetzestextes diesbezüglich.

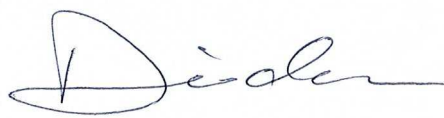
Artikel 1 Nr. 20 In § 302 Absatz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 5 anzugeben“ eingefügt.	Diese Einfügung ist zu streichen. Begründung: Die neu eingefügte Regelung zur Meldung privater Aufzahlungen der Versicherten 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 im Rahmen des GKV-Leistungskataloges 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. Insoweit ist von einer Ungleichbehandlung zulasten der betroffenen Leistungserbringer auszugehen, wofür kein rechtfertigender Grund ersichtlich ist. 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 und dem dort geltenden Erforderlichkeitsgrundsatz, denn letztlich werden hier Daten auf Vorrat erhoben. 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.
Verfahrensvereinfachung § 127 Abs. 6	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.
Externe Hilfsmittelberater § 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, 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 Versorgung einzubeziehen.

Mit freundlichen Grüßen



Werner Dierolf
Präsident



Oliver Dieckmann
Hauptgeschäftsführer