

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0220(29)
gel. VB zur öAnhörung am 30.11.
2016_HHVG
25.11.2016



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(HHVG) vom 2. November 2016
(Drucksache 18/10186)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Kommentierung des Gesetzes	4
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 31 Arznei- und Verbandmittel.....	4
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 37 Häusliche Krankenpflege	5
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 64d – neu –Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung	6
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7 § 124 Zulassung	7
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge.....	8
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 10 § 127 Verträge	9
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 17 § 284 Grundsätze der Datenverwendung.....	11
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 19 § 301 Krankenhäuser	11
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 20 § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer.....	12
3. Ergänzender Änderungsbedarf	13
• Änderungsvorschlag: Externe Hilfsmittelberater legitimieren	13

1. Vorbemerkung

Kernanliegen des Gesetzentwurfs ist es, die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu stärken und die Heilmittelerbringung finanziell aufzuwerten. Daneben sind Änderungen im Bereich der Wundversorgung vorgesehen; Aufwände von Patientenorganisationen für ihre Beteiligung an Selbstverwaltungsgremien sollen finanziell ausgeglichen werden. An den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) wird der Auftrag erteilt, eine Richtlinie zum Schutz von Sozialdaten zu erstellen.

Zentrale, aus Sicht des vdek wesentliche Punkte werden gesondert in Teil 2 kommentiert. Ein ergänzender Änderungsvorschlag zum Thema externe Hilfsmittelberater findet sich in Teil 3.

Der vdek begrüßt die vorliegende Gesetzesinitiative grundsätzlich. Kritisch hingegen sind die Regelungen den Heilmittelbereich betreffend zu bewerten. Die geplante Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung für die Jahre 2017 bis 2019 ist kontraproduktiv. Sie wird das Vertragsgeschäft chaotisieren und den Vergütungsangleichungsprozess, der mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeleitet worden ist, stören. Es sollte zunächst der Vergütungsanpassungsprozess durchlaufen werden, bevor weitere Maßnahmen zur Vergütungsgestaltung ergriffen werden.

Bedenken bestehen auch gegen die bundesweite Einführung von kassenartenübergreifenden Modellversuchen zum sogenannten „Blanko-Rezept“. Die Modellversuche sind im Gesetzentwurf so angelegt, dass eine aussagekräftige Evaluation nicht möglich sein wird. Der Gesetzesvorschlag sollte dahingehend ergänzt werden, dass in Rahmenempfehlungen auf Bundesebene strukturierende Regelungen vereinbart werden, um die Modellversuche umsetzbar zu machen und eine Evaluation zu ermöglichen.

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 31 Arznei- und Verbandmittel

Sachverhalt

Mit der Neuformulierung soll eine derzeitige Gesetzeslücke geschlossen werden. Zurzeit gibt es keine Legaldefinition für den Begriff „Verbandmittel“. Das Medizinproduktegesetz stellt lediglich klar, dass es Medizinprodukte sind, jedoch ohne eine Definition, worum es sich dabei konkret handelt und welche Funktion diese Produkte ausüben sollen. Auch im SGB V erfolgt nur der Hinweis, dass Verbandmittel Teil des Leistungsanspruches der Versicherten im Rahmen der Arzneimittelversorgung sind (§ 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Diese Lücke soll durch den neu zu schaffenden § 31 Absatz 1a SGB V für den Bereich der GKV-Versorgung geschlossen werden.

Bewertung

Die derzeitige Formulierung im Kabinettsentwurf weicht stark von der im Referentenentwurf ursprünglich enthaltenen Formulierung ab. Dabei sind weitere Unschärfen entstanden, die deutlich machen, dass eine abschließende eindeutige Definition dessen, was ein Verbandmittel ist in Anbetracht des heterogenen und sich permanent weiterentwickelnden Medizinproduktemarktes schwierig ist. Vor diesem Hintergrund bedarf es klarerer Verfahrensregelungen, wie neue oder auch weiterentwickelte Produkte ohne größere zeitliche Verzögerungen auf Basis evidenzbasierter Daten dahingehend bewertet werden können, ob sie gemäß der Kriterien des SGB V für einen Einsatz zulasten der GKV geeignet sind oder nicht. Das hierzu, wie im Gesetz bereits vorgesehen, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die notwendigen Beschlüsse zu treffen hat, ist zu begrüßen. Es fehlen jedoch Angaben dazu, wer die entsprechenden Bewertungen solcher Produkte anstoßen soll. Da die Erkenntnisse darüber, ob im Markt befindliche, als Verbandmittel deklarierte Medizinprodukte, von Bedeutung für die Versorgung sein könnten, primär bei den Verordnern sowie den Kostenträgern anfallen, wäre es sinnvoll, diesen ein entsprechendes Antragsrecht zuzusprechen. Konkret sollten daher Krankenkassen und deren Verbände sowie Kassenärztliche Vereinigungen ein Antragsrecht erhalten, das ihnen erlaubt, konkrete Produkte durch den G-BA dahingehend beurteilen zu lassen ob und wenn ja, unter welchen Rahmenbedingungen eine Versorgung in der vertragsärztliche Versorgung zulässig ist. Zudem sollte der G-BA bei Abgrenzungsfragen zwischen Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht die Möglichkeit eingeräumt bekommen – wie bisher bereits Hersteller und zuständige Landesbehörde – das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als oberste Instanz um abschließende Bewertungshilfe zu bitten. Zudem erscheint der Funktionsbegriff „Körperflüssigkeiten aufsaugen“ in Satz 1 so unbestimmt, dass darunter auch aufsaugende Inkontinenzartikel o. ä. subsumiert werden

könnten. Gemeint sind hier jedoch wohl eher „Wundsekrete“ wie Blut, Eiter oder Plasma.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird der Begriff „*Körperflüssigkeiten*“ durch den Begriff „*Wundsekrete*“ ersetzt.

Satz 4 wird wie folgt ergänzt: Nach den Worten „*regelt der Gemeinsame Bundesausschuss*“ werden die Worte „*auf Antrag einer Krankenkasse, deren Verband oder einer Kassenärztlichen Vereinigung*“ eingefügt.

Folgender Satz 6 wird angefügt: „*Ist nach Feststellungen des G-BA der rechtliche Status eines Medizinproduktes in Abgrenzung zum Arzneimittelrecht unklar, so ist der G-BA berechtigt zur Klärung dieser Frage das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte anzurufen.*“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 37 Häusliche Krankenpflege

Sachverhalt

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zu regeln. Die Neuregelung bezieht sich insbesondere auf den Ort der Leistungserbringung. Zukünftig soll eine Versorgung auch außerhalb der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten, nämlich in Wundzentren, erfolgen können.

Bewertung

Aus Sicht des vdek sind keine Defizite in der Versorgung von chronischen Wunden erkennbar. Die Wundversorgung ist eine ärztliche Leistung, die bereits heute im Rahmen der häuslichen Krankenpflege durch Pflegedienste erbracht wird. In besonders schweren Einzelfällen haben Pflegedienste die Möglichkeit, externen Sachverstand hinzuzuziehen (Wundmanager) und erhalten hierfür Vergütungszuschläge von den Krankenkassen. Darüber hinaus haben die Ersatzkassen integrierte Versorgungsverträge abgeschlossen, über die die Versorgung chronischer Wunden sichergestellt ist. Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind ausschließlich in der Häuslichkeit oder im häuslichen Umfeld des Betroffenen zu erbringen. Die Öffnung des Leistungsortes in § 37 SGB V hätte zur Folge, dass Patienten, die bisher ambulant oder stationär, im Rahmen einer IV-Versorgung oder anderweitig versorgt wurden, auch Anspruch auf Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege hätten. Dies birgt die Gefahr der Doppelfinanzierung über den einheitlichen Bewertungs-

maßstab (EBM) und die häusliche Krankenpflege und entspricht in keinem Maße dem Prinzip der häuslichen Krankenpflege.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 64d – neu –Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

Sachverhalt

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer auf Landesebene Modellvorhaben zur sogenannten „Blankoverordnung“ vereinbaren. Diese sind auf längstens drei Jahre zu befristen.

Bewertung

Der § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V ermöglicht es den Krankenkassen als „Kann-Regelung“ bereits heute, Modellvorhaben zur Blankoverordnung mit Physio- und Ergotherapeuten zu vereinbaren. Solche Modellvorhaben wurden von der IKK Berlin-Brandenburg und der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) vereinbart. In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE teilte die Bundesregierung am 9. Dezember 2015 mit, zunächst die Abschlussberichte zu diesen Modellvorhaben abwarten zu wollen, bevor sie prüft, ob und inwieweit weitere Maßnahmen möglich und sinnvoll sind (Drucksache 18/6974). Diese Abschlussberichte liegen bislang nicht vor und sollten zunächst abgewartet werden. Sofern sich im Anschluss an diese Evaluation das Erfordernis für weitere Versorgungsforschung ergibt, könnte dies auf der bestehenden Grundlage des § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V erfolgen; gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V.

Problematisch ist, dass die verpflichtenden Modellvorhaben in jedem Bundesland und kassenartenübergreifend einheitlich aufzulegen sind. Dies, zusammen mit der Möglichkeit, in den Verträgen zu den Modellvorhaben von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Nummer 6 SGB V abweichen zu können, birgt das Risiko, dass es zu Konflikten mit den bisher zwischen den einzelnen Kassenarten und den Verbänden der Heilmittelerbringer bilateral vereinbarten Versorgungsverträgen kommt. Es ist auch nicht ersichtlich, wie eine aussagekräftige Evaluation der Modellvorhaben erfolgen soll; schließlich fehlt eine Vergleichsgruppe und ein strukturierter Rahmen. Ein solcher Rahmen ist auch deshalb vonnöten, weil mit dem Gesetz den Heilmittelerbringern eine höhere Verantwortung für die Mengen- und Ausgabenentwicklung gegeben wird.

§ 64d SGB V würde bei seiner Einführung zahlreiche Umsetzungsprobleme verursachen. Deshalb und aus den vorgenannten Gründen sollte § 64d SGB V um eine Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenempfehlungen auf Bundesebene ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 64d Absatz 1 Satz 4ff sind wie folgt zu ändern: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben gemeinsame Rahmenempfehlungen über die Ausgestaltung der Modellvorhaben nach Satz 1 abzuschließen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere Regelungen zu der mit den Modellvorhaben verbundenen höheren Verantwortung der Heilmittelerbringer, in Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen, zu den Anforderungen an die Qualifikation der Heilmittelerbringer, zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung und zur Evaluation zu treffen. In den Rahmenempfehlungen ist auch sicherzustellen, dass die Modellvorhaben nach Satz 1 koordiniert und nach einheitlichen Zielen und Kriterien durchgeführt werden. Zudem ist in den Rahmenempfehlungen festzulegen, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen. Vereinbarungen nach Satz 1 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 124 Zulassung

Sachverhalt

Durch die Neuregelung sollen sinnvolle Kooperationen zwischen Landesverbänden und Ersatzkassen zur Vereinfachung des Zulassungsverfahrens im Heilmittelbereich ermöglicht werden.

Bewertung

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Das Zulassungsverfahren kann damit erheblich entbürokratisiert werden. Ob die vorgeschlagene Regelung ausreichend ist, muss allerdings angezweifelt werden. Eine Klarstellung zum Erlass eines Verwaltungsakts ist aus unserer Sicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

Im § 124 Absatz 5 wird ein neuer Satz 2 eingefügt: *„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können einander sowie den Verband der Ersatzkassen mit der Zulassung beauftragen, § 88 Absatz 2 SGB X findet insoweit keine Anwendung. Der Beauftragte kann auch als Widerspruchsstelle mit dem Erlass von Widerspruchsbescheiden, die im Namen der Auftraggeber ergehen, beauftragt werden.“*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8
§ 125 Rahmenempfehlungen und Verträge

Sachverhalt

Für die Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern von Heilmitteln soll die bisher durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen markierte Obergrenze für Vergütungsanhebungen nach § 71 SGB V zunächst für die Jahre 2017 bis 2019 aufgehoben werden. Daneben werden Fristen für die Schiedsperson vorgegeben.

Bewertung

Die Ausgaben für Heilmittel verzeichnen bereits heute mit die höchsten Zuwächse. GKV-weit stiegen sie ausweislich der Statistik KV 45 im Jahr 2015 um 7,2 Prozent und überschritten erstmalig die Schwelle von 6 Milliarden Euro. Im ersten Quartal 2016 betrug der Zuwachs 9,6 Prozent (1,59 Milliarden Euro).

Es steht zu erwarten, dass diese Ausgabenzuwächse infolge der mit § 125 Absatz 3 SGB V eingeführten verbindlichen Preisuntergrenzen in den folgenden Jahren weiter an Dynamik gewinnen werden. Um diese verbindlichen Preisuntergrenzen zu erreichen, wurde bereits die Begrenzung durch die gemäß § 71 Absatz 3 SGB V festgestellte Veränderungsrate aufgehoben. Aufgrund der erst im Juni 2016 erfolgten Bekanntgabe der Preisuntergrenzen durch den GKV-SV kann diese Regelung erst ab dem Jahr 2017 seine volle Wirkung entfalten. Die tatsächlichen Auswirkungen dieser Regelung sollten zunächst abgewartet werden, bevor weitere Abweichungen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Erwägung gezogen werden. Dies gilt unabhängig von einer Befristung auf drei Jahre. Der vdek lehnt daher die geplante Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung ab.

Für alle Ebenen der Preisangleichung ist die Preisuntergrenzenregelung nach § 125 Absatz 3 SGB V von zentraler Bedeutung. Ohne diesen Mechanismus können wesentliche sozialpolitische Ziele (Angleichung Lebensverhältnisse, gleiche Preise für gleiche Leistungen, Attraktivitätssteigerung der Heilberufe) nicht oder nur schwerer erreicht werden. Dieser Angleichungsprozess würde durch die Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung im Heilmittelbereich empfindlich gestört. Die Ersatzkassen regeln die Vergütung für Heilmittel-erbringer (mit Ausnahme der Logopäden) über bundesweite Verträge auf der Ebene ihres Verbandes. Damit gelten die oftmals höheren Vergütungen der Ersatzkassen in allen Bundesländern und bilden in vielen Regionen den Preisanker für die regionale Preisangleichung. Dieses Prinzip werden sie mit Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung nicht aufrechterhalten können, weil damit besonders hohe Abschlüsse in einer Region automatisch auf alle anderen Regionen übertragen würden. Sie werden darauf setzen, dass in anderen Ländern andere, günstigere Entscheidungen durch die Vertragspartner, die Schiedspersonen oder die Sozialgerichte herbeigeführt werden. In der Folge wird es zu keiner interregionalen Preisanpassung kommen.

Zudem werden erstmalig Fristen für die Schiedsperson vorgegeben. Die Fristen erscheinen sehr kurz und sind für eine inhaltliche Beratung im Rahmen eines Schiedsverfahrens nicht zielführend.

Änderungsvorschlag

Nummer 8 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 127 Verträge

Sachverhalt

Die Krankenkassen sollen zukünftig bei Ausschreibungen die Qualität stärker berücksichtigen. Die Leistungsbeschreibung oder die Zuschlagskriterien müssen so festgelegt und bestimmt sein, dass qualitative Aspekte angemessen berücksichtigt sind. Sollten die qualitativen Anforderungen der Liefer- oder Dienstleistungen nicht erschöpfend in der Leistungsbeschreibung festgelegt werden, darf die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, 40 Prozent nicht unterschreiten. Die Versicherten sollen darüber hinaus die Wahl zwischen mehreren aufzahlungsfreien Hilfsmitteln haben. Die Beratungspflicht der Leistungserbringer wird erstmalig gesetzlich normiert. Die Krankenkassen müssen die Versicherten künftig über die Verträge und Leistungsansprüche informieren und sollen Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchführen. Hierfür können sie die notwendigen Daten bei den Leistungserbringern anfordern. Bei patientenbezogenen Daten ist eine vorherige Zustimmung des Patienten notwendig. Für die Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen soll der GKV-SV Empfehlungen erstellen.

Bewertung

Dass bei Ausschreibungen die Qualität mehr berücksichtigt werden soll, wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgeschlagene Regelung zur Verankerung von Qualitätskriterien geht zwar von der Intention her in die richtige Richtung, da sie bei der Leistungsbeschreibung ansetzt. Sie verfehlt aber das Ziel der Qualitätsverbesserung, weil sie sich nur auf Ausschreibungsverträge beschränkt und so den Nährboden für Unterkostenangebote, die in der Vergangenheit zu erheblichen Qualitätsdefiziten geführt haben, bildet. Anbieter, die die genannten Qualitätskriterien nicht erfüllen, werden mehr denn je versuchen, durch einen besonders günstigen Preis den Zuschlag zu erhalten.

Die Versorgungsverträge sind unabhängig vom Vertragstyp unter der Prämisse der medizinischen Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit, der Funktionalität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsleistungen sowie unter Beachtung des Hilfsmittelverzeichnis zu schließen. Für einen Qualitätswettbewerb im Sinne der Versicherten kann nur eine Öffnungsklausel für Kriterien über das HMV hinaus den Krankenkassen wirkliche Spielräume bei der Vertragsgestaltung schaffen.

Zudem sollen Versicherte die Wahl zwischen mehreren aufzahlungsfreien Hilfsmitteln erhalten. Dabei ist der individuelle medizinische Bedarf des Versicherten im Einzelfall zu berücksichtigen. Ferner sollen Krankenkassen ebenfalls die Möglichkeit bekommen, sogenannte Mehrpartnermodelle auszuschreiben. Dadurch können bei einer Ausschreibung mehrere Leistungserbringer den Zuschlag erhalten. Dies kann sinnvoll sein, um den Versorgungsablauf der Versicherten sicherzustellen, wenn beispielsweise ein Hersteller Lieferschwierigkeiten hat. Die Regelung kann aber zulasten der Wirtschaftlichkeit gehen, weshalb geprüft werden sollte, auf welche Produkte bzw. Produktgruppen sie Anwendung finden soll.

Dass die Beratungspflicht der Leistungserbringer erstmalig gesetzlich normiert wird, ist zu begrüßen. Dies ist aufgrund der Fehlentwicklung der letzten Jahre zwingend erforderlich. Für einen effizienten Verfahrensablauf ist die Form und der Inhalt in den Verträgen zu regeln. Die Verpflichtung der Krankenkassen, über die Leistungsansprüche zu informieren, wird ebenfalls begrüßt. Es sollte den Kassen aber ermöglicht werden, diese Informationen auch über das Internet zu veröffentlichen. Beachtet werden muss, dass die Krankenkassen bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln erst bei der Abrechnung über die Versorgung Kenntnis gelangen.

Dass die Krankenkassen das Recht erhalten, für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen die notwendigen Daten bei den Leistungserbringern anfordern zu können, ist zwingend. Die Regelung gewährleistet, dass den Krankenkassen auch wirklich Daten vorliegen. Dadurch wird die Regelung umsetzbar und kann in der Praxis sinnvoll eingesetzt werden. Im Rahmen der Gesetzesbegründung sollte darauf hingewiesen werden, dass ein zusätzliches Instrument für das Vertragscontrolling geschaffen wird.

Änderungsvorschlag

§ 127 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, können die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungsleistungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie eine hinreichende Auswahl *unter individuell geeigneten Hilfsmitteln ohne Mehrkosten*, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 4 sicherzustellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten; *die Krankenkassen können zusätzliche Anforderungen an die Qualität aufstellen*. Verträge nach Satz 1 können mit mehreren Leistungserbringern abgeschlossen werden. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt

werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.

§ 127 Absatz 1 b:

Der im Gesetzentwurf ergänzte § 1 b wird gestrichen. Eine sachgerechte Alternative wird in Absatz 1 Satz 3 vorgeschlagen.

§ 127 Absatz 2 bis 4a:

Den Formulierungen im Gesetzentwurf wird gefolgt mit der Ausnahme, dass im Absatz 4a der Satz 2 wie folgt geändert wird: *Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 zu dokumentieren und durch den Versicherten bestätigen zu lassen, Form und Inhalt ist in den Verträgen zu regeln.*

§ 127 Absatz 5, 5a und 5b:

Den Formulierungen im Referentenentwurf wird gefolgt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 284 Grundsätze der Datenverwendung

Sachverhalt

Für das Vertragscontrolling der Kassen sind den Kassen Überwachungsmöglichkeiten einzuräumen. Das können beispielsweise sogenannte Verlaufsdocumentationen sein. Die Regelung wird durch die Ersatzkassen begrüßt.

Bewertung

Dies ist eine datenschutzrechtliche Folgeregelung zu § 127 Absatz 5a SGB V. Sie ist erforderlich, damit die Krankenkassen diese Daten auch erheben und speichern dürfen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 301 Krankenhäuser

Sachverhalt

Bisher waren die Krankenhäuser verpflichtet, „Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen“ im Datenaustauschverfahren zu übermitteln. Diese Angaben entfallen hiermit. Die Vorschläge zur weiteren Behandlung werden auf Zwecke des Entlassmanagements beschränkt.

Bewertung

Die Übermittlung der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist sowohl für die Beurteilung von Folgeverfahren als auch im Rahmen des Entlassmanagements von Bedeutung. Durch die Streichung gehen Informationen zur Klärung von Fragen bei der Rechnungsprüfung verloren.

Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 301 Satz 1 Nummer 8 wird gestrichen, um den bisherigen Informationsgehalt nicht zu verlieren.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Nr. 20****§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer****Sachverhalt**

Die Leistungserbringer werden verpflichtet, über die in § 302 Absatz 1 genannten Abrechnungsdaten hinaus auch anzugeben, in welcher Höhe mit einem Versicherten Mehrkosten abgerechnet worden sind.

Bewertung

Bislang waren die Höhen der Aufzahlung den Krankenkassen nicht bekannt. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Krankenkassen Fehlentwicklungen entgegenwirken. Dieser Vorschlag wird sehr begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderungsvorschlag: Externe Hilfsmittelberater legitimieren

Gemäß § 33 SGB V fallen Hilfsmittel in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer Behinderung vorzubeugen oder diese auszugleichen. Dabei muss der Ausgleich einer Behinderung im gesamten Alltagsleben des Versicherten erreicht werden. Bei der Hilfsmittelversorgung sind insbesondere die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu beachten (§§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1 und 70 SGB V).

Nach § 275 Absatz 3 Nr. 1 SGB V können die Krankenkassen in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen lassen, ob das Hilfsmittel (§ 33 SGB V) aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Die Genehmigung von Hilfsmittelversorgungen durch die Krankenkassen erfordert neben der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit durch den MDK auch eine Prüfung dahingehend, ob die angebotene Versorgung zweckmäßig, bedarfsgerecht und wirtschaftlich ist, d. h., ob diese im häuslichen Umfeld des Versicherten bedarfsgerecht umsetzbar ist bzw. ob kostengünstigere Versorgungsalternativen das gleiche Ergebnis erzielen. Für diese (leistungsrechtliche) Prüfung, muss das Personal über folgende technische Fachexpertise verfügen:

- Technische Kenntnisse zur Bewertung der handwerklichen Leistungen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung und -anpassung (z. B. Prüfung der Ausstattung und der Notwendigkeit von Zurüstungen insbesondere bei der Herstellung und Anpassung von individuell gefertigten Hilfsmitteln wie Prothesen),
- umfassende Marktkennntnisse (z. B. Kenntnisse über Produktneuheiten und aktuelle technische Entwicklungen, Zurichtungsmöglichkeiten, Preise, Kompatibilität von Produkten bzw. Zubehör beispielsweise auch mit Produkten verschiedener Hersteller),
- Beurteilungsfähigkeit wirtschaftlicher Versorgungsalternativen unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung und Kontextfaktoren (z. B. Zusammenspiel und Nutzen mit ggf. bereits vorhandenen Hilfsmitteln, Prüfung, ob Reparatur oder Zurüstung eines vorhandenen Hilfsmittels wirtschaftlich ist oder die Weiternutzung von vorhandenen Teilen und ob Hilfsmittel aus dem Bestand der Krankenkasse eingesetzt werden können),
- Fähigkeit zur Einschätzung der persönlichen Lebensumstände in Bezug auf die Hilfsmittelversorgung (z. B. Teilhabe am täglichen Leben; Berücksichtigung besonderer personenbezogener Faktoren sowie Prüfung, ob bauliche Veränderungen im häuslichen Bereich oder alternative Versorgungsformen erforderlich sind oder ob eine diebstahlsichere Unterbringung des Hilfsmittels gewährleistet ist) und
- Fähigkeit zur Bewertung der Zukunftsorientierung bzw. Nachhaltigkeit der beantragten Versorgung (z. B. Berücksichtigung von Erweiterungs- und/oder Umbaumöglichkeiten bei progressiv verlaufenden Krankheitsbildern).

Angesichts der Vielfalt an Versorgungsmöglichkeiten mit Hilfsmitteln wäre es für die Krankenkassen unwirtschaftlich, insofern für jeden spezifischen Hilfsmittelbereich geeignetes Fachpersonal vorzuhalten. Aus diesem Grund werden bedarfsweise in Ergänzung zur sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK in Einzelfällen externe Hilfsmittelberater beauftragt. Sie werden insbesondere im Rahmen von komplexen orthopädie-, reha- und medizintechnischen Versorgungen sowie im Bereich der Versorgung mit Hörhilfen und Sehhilfen eingesetzt. Externe Hilfsmittelberater prüfen aus technischer Sicht die Erforderlichkeit und Geeignetheit der beantragten Versorgung im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Lebensumstände des Versicherten und beraten diesen ggf. auch. Sie berücksichtigen dabei die vom behandelnden Arzt und/oder vom MDK bereits vorgebrachten sozialmedizinischen Aspekte. Die Prüfungen durch externe Hilfsmittelberater enden mit einer Empfehlung an die Krankenkasse. Gegenüber den Versorgungsvorschlägen der Leistungserbringer werden dabei in der Praxis sowohl Über- als auch Fehl- und Unterversorgungen identifiziert. Die eigenständige Entscheidungsvollmacht über Art und Umfang der Hilfsmittelversorgung verbleibt uneingeschränkt bei der beauftragenden Krankenkasse.

Begründung

Für die Erfüllung anderer, als der in § 275 Absatz 1 bis 3 SGB V genannten Aufgaben können die Krankenkassen auch „andere Gutachterdienste“ zu Rate ziehen. Daneben bestimmt § 197b SGB V, dass die Krankenkassen die ihnen obliegenden Aufgaben unter bestimmten Bedingungen durch Dritte wahrnehmen lassen können. Vor diesem Hintergrund haben die Krankenkassen zur Überprüfung der Hilfsmittelversorgungen ihrer Versicherten in der Vergangenheit Verträge mit externen Hilfsmittelberatern auf Basis einer Auftragsdatenverarbeitung nach § 80 SGB X geschlossen. Derartige Vertragsabschlüsse werden zunehmend schwieriger, weil das Bundesversicherungsamt den Einsatz externer Hilfsmittelberater in seinem Schreiben an einen Industrieverband vom 21. Mai 2014 in Ermangelung einer rechtlichen Befugnis sowie datenschutzrechtlich für unzulässig erklärt hat, ungeachtet dessen, dass es mit Schreiben vom 8. März 2010 Anforderungen an die gesetzlichen Krankenkassen in Form eines Leitfadens kommuniziert hat, der beim Einsatz externer Berater beachtet werden sollte, damit die rechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Darauf aufbauend beschlossen die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder in ihrer 78. Arbeitstagung am 11./12. Mai 2011 „Grundsätze zur Beauftragung privater Gutachterdienste durch die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Hilfsmittelversorgung“ als Grundlage für ihr aufsichtsrechtliches Handeln gegenüber den Krankenkassen.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat den Einsatz von externen Hilfsmittelberatern datenschutzrechtlich ebenfalls für problematisch gehalten, da es dafür keine entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen im Sinne des § 31 SGB I gäbe (vgl. BfDI 21. Tätigkeitsbericht 2005–2006, Nr. 13.1.5, Seite 133 und BfDI 24. Tätigkeitsbericht 2011–2012; Nr. 11.1.10, Seiten 147 und 148). Daher werde,

so der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit weiter, weder in § 80 SGB X noch in § 197b SGB V eine Legitimation für gesetzliche Krankenkassen erkannt, externe Hilfsmittelberater zu beauftragen.

Angesichts der unterschiedlichen Rechtsauffassungen und der zwingenden Notwendigkeit der Krankenkassen im Rahmen der bedarfsgerechten Leistungsentscheidung in Einzelfällen auf externen Sachverstand zurückgreifen zu können, ist die rechtssichere Einbindung von externen Hilfsmittelberatern gesetzlich klarzustellen.

Änderungsvorschlag

Nach § 197b wird folgender § 197c eingefügt:

§ 197c Beauftragung externer Hilfsmittelberater

(1) Die Krankenkassen können ergänzend zur Erfüllung der in § 275 Absatz 3 Nummer 1 genannten Aufgabe, insbesondere zur Klärung technischer Fragen, auch externe Hilfsmittelberater mit der Prüfung beauftragen, durch welche Hilfsmittel unter Berücksichtigung der Versorgungsziele nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und der individuellen Verhältnisse des Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wird. Die Aufgaben des MDK gemäß § 275 bleiben hiervon unberührt. § 276 Absatz 1 gilt entsprechend.

(2) Wenn es für die Prüfung nach Absatz 1 und die Beratung des Versicherten erforderlich ist, können die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater diese Tätigkeiten auch im Wohnbereich des Versicherten vornehmen.

(3) Die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater sind berechtigt, Sozialdaten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelberater von der Krankenkasse erteilten Auftrags benötigen. Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen; § 304 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Der externe Hilfsmittelberater hat der beauftragenden Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 zu übermitteln und dabei eine am Versorgungsbedarf des Versicherten orientierte Empfehlung auszusprechen, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 SGB I gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung und Beratung sowie die Versorgungsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt bis zum 31.12.2016. Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den externen Hilfsmittelberatern. Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

1. das Nähere zu den Aufgaben der externen Hilfsmittelberater nach Absatz 1 und 2,

2. die Anforderungen an die Qualifikation und die Neutralität der externen Hilfsmittelberater einschließlich des Verfahrens zum Nachweis der Anforderungen und

3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Prüfungs- und Beratungsverfahren insbesondere durch eine vom Beratungsergebnis unabhängige Finanzierung.

(6) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des BMG. Sie sind für die Krankenkassen verbindlich.

§ 284 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Nummer 7 werden vor dem Komma die Wörter „und der externen Hilfsmittelberater (§ 197c)“ eingefügt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

info@vdek.com