

Ausschussdrucksache

18(14)0220(26)

gel. VB zur öAnhörung am 30.11.

2016_HHVG

25.11.2016

bpa

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

**Gesetz zur
Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
Bundestags-Drucksache 18/10186**

Berlin, 25. November 2016

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Verbandmittel – § 31 Abs. 1a SGB V	6
Hilfsmittel – § 33 Abs. 6 SGB V	7
Häusliche Krankenpflege – § 37 Abs. 7 SGB V	8
Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung – § 64d SGB V	10
Rahmenempfehlungen und Verträge – § 125 SGB V	12
Versorgung durch Vertragspartner – § 126 SGB V	14
Verträge – § 127 SGB V	16
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V	19
Hilfsmittelverzeichnis – § 139 SGB V	21
Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer – § 302 und § 303 SGB V	23

Stellungnahme zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 9.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 290.000 Arbeitsplätze und ca. 22.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.900 Pflegediensten, die ca. 219.000 Patienten betreuen, und 4.600 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 297.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung wird vom bpa insgesamt begrüßt. Es stellt einen wichtigen Schritt hin zu einer besseren Versorgungsqualität der Versicherten dar. Dies umfasst insbesondere die neuen Qualitätskriterien bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln, durch die nicht länger der Preis das allein entscheidende Merkmal ist. Diese Beschränkung führte bisher zu einer Situation, in der viele Versicherte freiwillige Zuzahlungen geleistet haben, um beispielsweise nicht auf zuzahlungsfreie, aber qualitativ minderwertige Inkontinenzprodukte angewiesen zu sein. Häufig waren Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte die Leidtragenden der unzureichenden Produktqualität in Folge der preisorientierten Ausschreibungsverfahren. Dies betraf insbesondere mangelhafte Inkontinenzprodukte, die im Rahmen der Ausschreibungsverfahren der Kranken- und Pflegekassen den Zuschlag erhielten. Die im Vergleich zum Referentenentwurf erfolgte Einschränkung des Geltungsbereichs der Qualitätskriterien ist aus Sicht des bpa jedoch nicht nachvollziehbar. Soll das Ziel einer höheren Versorgungsqualität weiterhin maßgeblich sein, muss jene Einschränkung wieder aufgehoben werden.

Die neuen Regelungen zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses begrüßt der bpa ausdrücklich. Der Auftrag der Überprüfung des Hilfsmittelverzeichnisses, verbunden mit der künftigen jährlichen Berichtspflicht zu Fortschreibungen, ist ein wichtiger Schritt hin zur Stärkung der Versorgungsqualität mit Hilfsmitteln.

Aus Sicht des bpa ist darüber hinaus auf folgende Punkte besonders hinzuweisen:

- Der bpa befürwortet die Verpflichtung der Leistungserbringer, im Rahmen des elektronischen Datenträgeraustausches auch Angaben zu den Hilfsmittelzuzahlungen an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies sichert die neue Berücksichtigung der Qualitätskriterien in der Hilfsmittelausschreibung ab. Ergänzend sollte die Neuregelung des § 302 SGB V jedoch ebenfalls dafür genutzt werden, die notwendige Entbürokratisierung bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege umzusetzen und den elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) im Rahmen der Leistungsabrechnung zwischen den Pflegeunternehmen und den Kranken- und Pflegekassen – analog der im Entwurf des Zweiten Bürokratieentlastungsgesetzes getroffenen Regelung zu § 105 Abs. 2 SGB XI-E – auch im Geltungsbereich des SGB V zu verankern.
- Die Einführung einer Legaldefinition für Verbandsmittel ist ein Beitrag zur Rechtssicherheit. Der noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelungsvorschlag wurde vernünftigerweise korrigiert und führt nicht länger, durch zu eng gewählte Kriterien, zum Ausschluss vieler Verbandsmittel aus dem Definitionsbereich.
- Den Auftrag an den G-BA die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege zu regeln begrüßt der bpa. Die Wundversorgung an geeigneten Orten außerhalb der Häuslichkeit sicherzustellen, kann jedoch nur durch die Einbeziehung der spezialisierten Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege gelingen. Dementsprechend muss die Leistungserbringung durch die Dienste in den im Entwurfstext angesprochenen spezialisierten Einrichtungen ermöglicht werden. Eine Klarstellung ist diesbezüglich ebenfalls notwendig im Hinblick auf die Bestimmtheit des Begriffs der spezialisierten Einrichtungen. Während der Entwurfstext vorrangig auf die Versorgung in Wundzentren abzuzielen scheint, sollte diese auch an anderen geeigneten Orten, beispielsweise in Dialysezentren, durch ambulante Pflegedienste möglich sein.
- Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung, bei denen die Heilmittelerbringer selbst die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, sind ein wichtiger Schritt hin zur Stärkung nicht-ärztlicher Leistungserbringer. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, wieso keine gleichartige Übertragung auf die Bereiche der häuslichen Krankenpflege von Pflegediensten erfolgt. Dies wäre ein notwendiger Schritt zur dauerhaften Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen mit zunehmend fehlenden Haus-

ärzten, und ein Beitrag zur Steigerung der Effektivität und Effizienz durch Nutzung von Synergien bei ärztlich und pflegerisch versorgten Patienten. Auch in der Krankenpflege sind die Modellversuche bereits im Gesetz verankert, hier gilt es endlich die Restriktionen zu deren Umsetzung zu beseitigen und so die Versorgungsqualität zu stärken.

- Die Aufhebung der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich ist zu begrüßen. Angesichts immer komplexer werdender Versorgungssituationen von zumeist multimorbiiden Patienten und zur besseren Berücksichtigung der dynamischen Kostenentwicklung, ist eine entsprechend existenzsichernde Regelung jedoch auch auf die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege zu übertragen.
- Bei der Festlegung einer Zertifikatspflicht der Leistungserbringer von Hilfsmitteln für den Nachweis der Erfüllung der Pflichten wird die besondere Stellung von Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer nicht hinreichend berücksichtigt. Da bei diesen die Qualität ihrer Leistungen durch die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen des SGB V und SGB XI umfassend geprüft wird, muss für bereits für die Leistungserbringung von Hilfsmitteln zugelassene Pflegeeinrichtungen ein Bestandsschutz gewährt werden. Es darf keinen Zwang zu einem erneuten Anerkennungsverfahren geben. Darüber hinaus muss klargestellt werden, dass Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer im Sinne des § 126 Abs.1 SGB V gelten und einen Anspruch auf Erteilung des Zertifikats der Präqualifizierungsstellen besitzen.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Verbandmittel – § 31 Abs. 1a SGB V

Artikel 1, Nr. 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Verbandmittel werden definiert als Gegenstände, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Verbandmitteleigenschaft besteht auch dann, wenn ein Gegenstand ergänzend eine Wunde feucht hält. Die weitere Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der G-BA. Nach dem Inkrafttreten der vom G-BA beschlossenen Regelungen gilt eine Übergangsfrist von zwölf Monaten, in denen eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen weiter zu erbringen ist.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die vom Gesetzgeber vorgesehene Legaldefinition. Eine solche kann Klarheit und Rechtssicherheit erhöhen und dazu beitragen, Auseinandersetzungen von vorne herein zu vermeiden. Die vom bpa angeregte und von der Bundesregierung übernommene Änderung gegenüber dem Referentenentwurf hinsichtlich der Formulierung „Hauptwirkung“ wird von uns ebenfalls positiv aufgenommen.

Die Übergangsfrist nach Inkrafttreten der durch den G-BA getroffenen Regelungen zur weiteren Abgrenzung von Verbandsmitteln ist im Hinblick auf die Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen als sinnvoll einzustufen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Hilfsmittel – § 33 Abs. 6 SGB V

Artikel 1, Nr. 2b

A) Neuregelung

In den Fällen, in denen die Krankenkasse im Rahmen einer Ausschreibung mehreren Leistungserbringern den Zuschlag für einen Vertrag nach § 127 Absatz 1 SGB V erteilt (sog. „Mehr-Partner-Modell“), können die Versicherten einen der Leistungserbringer frei auswählen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist aus Sicht des bpa in den Fällen kritisch, in denen ein Pflegeheimbetreiber als Leistungserbringer für die Hilfsmittel auftritt. Das Pflegeheim versorgt in diesen Fällen seine Bewohner mit einer einheitlichen Produktlinie. Pflegeheime sind auf eine sehr gute Produktqualität angewiesen und haben ein ausgeprägtes Eigeninteresse an einer nachhaltig guten Versorgung der Bewohner. Eine abgestimmte Produktlinie verbunden mit regelmäßigen und intensiven Schulungen und Beratungen durch die Lieferanten ist diesbezüglich von großer Bedeutung. Es ist somit weder im Hinblick auf die Qualität der Versorgung noch auf die Praktikabilität von Vorteil, wenn die Krankenkassen ihren Versicherten das Mehr-Partner-Modell anbieten. Darauf hat aber das Pflegeheim keinen Einfluss, vielmehr obliegt die Entscheidung für das Mehr-Partner-Modell nach § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V allein den Krankenkassen.

C) Änderungsvorschlag

Der bpa bittet den Gesetzgeber zu prüfen, inwieweit das Mehr-Partner-Modell bei fehlendem Zusatznutzen für die Versicherten bei der Versorgung von Hilfsmitteln durch Pflegeheime ausgeschlossen werden kann.

Häusliche Krankenpflege – § 37 Abs. 7 SGB V

Artikel 1, Nr. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden wird neu geregelt und soll vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 SGB V aufgenommen werden. Eine solche Versorgung soll auch in spezialisierten Einrichtungen, an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen können. Das Nähere zur Eignung der Leistungserbringer zu regeln, obliegt den Partnern der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt den Auftrag des Bundesgesetzgebers an den G-BA das Nähere zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege zu regeln. Die Berücksichtigung der dabei auftretenden Besonderheiten – insbesondere eine individuell angepasste Wundbehandlung, auf dem aktuellen Stand der Versorgung – ist folgerichtig.

Die im Gesetzesentwurf gewählten Formulierungen berücksichtigen jedoch nicht die bereits heute in der Praxis auftretenden Versorgungs- und Vergütungsprobleme. Für eine gute Versorgungsqualität bedarf es einer angemessenen ärztlichen Behandlung und der im Anschluss erfolgenden Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Die Versorgung an einem sonstigen geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit des Versicherten ist bereits aufgrund des bestehenden rechtlichen Rahmens von § 37 Abs. 1 und 2 SGB V möglich. Bereits bestehende Wundzentren zeichnen sich allerdings eher durch die gute Zusammenarbeit der verordnenden Ärzte und der häuslichen Krankenpflege aus, als durch das aktive Aufsuchen der Einrichtung durch die Versicherten. Das betroffene Klientel ist hierzu zumeist gesundheitlich nicht in der Lage. Darüber hinaus bevorzugen die Versicherten die ihnen eher vertrauten ambulanten Dienste, die nicht nur einen flächendeckend etablierten Leistungserbringer darstellen, sondern auch – im Gegensatz zu den spezialisierten Einrichtungen – aufsuchend tätig werden können.

Aus bpa-Sicht muss im Gesetzesentwurf eine Präzisierung erfolgen, an welchen geeigneten Orten außerhalb der Häuslichkeit, und in was für Formen spezialisierter Einrichtungen, die Leistungserbringer der speziali-

sierten häuslichen Krankenpflege der Wundversorgung tätig werden können. Wundzentren im klassischen Sinne erbringen keine Leistungen der H KP, sondern medizinische bzw. ärztliche Leistungen. Diese spezielle Versorgung ist bereits heute möglich. Es muss deshalb darum gehen, diese, aber auch weitere Orte, für die spezialisierten Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege zu öffnen. Neben Wundzentren sind diesbezüglich beispielsweise auch Dialysezentren oder Heime denkbar.

Bei Dialyse-Patienten ist der Wundheilungsprozess in der Regel gestört. Jeder dritte Dialyse-Patient ist zudem Diabetiker. Diabetiker haben aufgrund von Durchblutungsstörungen oft chronische Wunden (z.B. diabetisches Fußsyndrom), die einer entsprechenden Versorgung bedürfen. Daher wäre es für diese Patienten eine große Erleichterung, wenn diese im Dialysezentrum während der Dialyse zeitgleich auch die Wundversorgung durch Pflegedienste erhalten könnten. In stationären Pflegeeinrichtungen findet die Versorgung über die Beschäftigten der Einrichtung statt.

Den Auftrag in der Bundesrahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege näheres zur Eignung der Leistungserbringer nach § 37 Abs. 7 SGB V zu regeln begrüßt der bpa (siehe S. 19). Dies stellt jedoch keine alleinige Lösung für die mangelnde Bestimmtheit im Begriff der spezialisierten Einrichtung dar.

C) Änderungsvorschlag

Der Gesetzesentwurf ist entsprechend der oben genannten Änderungsvorschläge anzupassen.

Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung – § 64d SGB V

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig soll in jedem Bundesland und für alle Heilmittelerbringer des SGB V ein Modellvorhaben durchgeführt werden, bei denen die Heilmittelerbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. Die Modellvorhaben sind auf längstens drei Jahre befristet.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, dass der Gesetzgeber mit dieser Regelung die Rolle von nicht-ärztlichen Leistungserbringern grundsätzlich stärken möchte. Angesichts des Ärztemangels ist dieses auch notwendig. Nicht nachvollziehbar ist dabei für den bpa, dass die erweiterten Modellvorhaben auf die Leistungserbringer von Heilmitteln beschränkt werden. Dringend erforderlich ist eine ebensolche Übertragung auch auf die Bereiche der häuslichen Krankenpflege von Pflegediensten und den hierzu legitimierten Berufsgruppen. Diesbezüglich sind für Einrichtungen und Dienste mit diesen Berufsgruppen zwingend die bereits vorhandenen gesetzlichen Regelungen nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V verbindlich umzusetzen.

Den in § 63 Abs. 3b und 3c SGB V verankerten Modellversuchen fehlt es bis heute an der Umsetzung. Sie wurden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist. Rund vier weitere Jahre hat es gedauert, bis am 22.03.2012 die notwendigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hierzu in Kraft getreten sind. Und im Dezember 2014 stellte das Bundesministerium für Gesundheit dazu fest:

„Soweit dem Bundesministerium für Gesundheit bekannt, wurden bisher keine Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3 c SGB V durchgeführt.“

(Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz auf eine Frage des Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Bundestags-Drucksache 18/3672, S. 61)

Nach Kenntnis des bpa hat sich an diesem Stand seitdem, mit einer regionalen Ausnahme, nichts geändert. Die Versorgungssituation von multimorbidem Patienten, insbesondere in ländlichen Bereichen, erfordert dringend eine Aufwertung der häuslichen Krankenpflege. Auch wenn die von einigen Medien aufgegriffenen langen Warteschlangen von Patienten vor

Landarztpraxen sich nicht verallgemeinern lassen, wird dennoch deutlich, dass es teilweise Versorgungsschwierigkeiten gibt, die durch Ärzte alleine nicht mehr zu lösen sind. Viele der davon betroffenen Patienten sind nicht nur krank, sondern häufig auch pflegebedürftig und werden ohnehin von Pflegediensten betreut. Gut ausgebildete Pflegefachkräfte verfügen über umfassendes Wissen in der Versorgung und sind in der Regel, insbesondere aufgrund der täglichen Anwesenheit bei den Pflegebedürftigen, deutlich besser vertraut mit der jeweiligen Patientensituation als der durchschnittliche Arzt. Sie sind dementsprechend häufig besser in der Lage eine Einschätzung der Notwendigkeit und des Umfangs der Versorgung zu treffen. Die Versorgungsqualität der Patienten kann hierdurch nachdrücklich gesteigert werden.

Darüber hinaus werden die Ärzte entlastet, Bürokratie abgebaut und die Attraktivität der Pflegeberufe gestärkt. Zudem würden so die Aussagen des Koalitionsvertrags zur Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen umgesetzt. Dementsprechend sollte den von Pflegediensten beschäftigten Pflegefachkräften – zumindest in Modellversuchen – die Auswahl und die Dauer der Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten übertragen werden – so wie es jetzt in § 64 d SGB V für die Heilmittelerbringer vorgesehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Entsprechend der Modellvorhaben für die Heilmittelversorgung muss die „Kann-Bestimmung“ für die Modellvorhaben der häuslichen Krankenpflege nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V mindestens eine „Soll-Bestimmung“ werden.

Rahmenempfehlungen und Verträge – § 125 SGB V

Artikel 1, Nr. 8

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Durch die vorgesehene Aufhebung der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität soll den Vertragspartnern im Heilmittelbereich eine größere Flexibilität bei der Vereinbarung der Heilmittelpreise ermöglicht werden.

Die Aufhebung ist zum Zwecke der Evaluation zunächst auf den Zeitraum von 2017 bis 2019 befristet.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung grundsätzlich, fordert aber eine entsprechende auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Angesichts immer komplexer werdender Versorgungssituationen von zumeist multimorbidem Patienten und zur Sicherstellung der Versorgung, ist diese dringend notwendig.

Um den Vertragspartnern der häuslichen Krankenpflege eine bessere Berücksichtigung, der dynamischen Kostenentwicklung, insbesondere der Lohnkosten der Leistungserbringer sowie der veränderten Anforderungen der Versorgungsstrukturen zu ermöglichen, ist daher für die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege die Kopplung der Grundlohnsummensteigerung und damit die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität aufzuheben.

Für die Vereinbarung der Preise für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird, das zeigen diverse Verhandlungen nach § 132a SGB V, eine größere Flexibilität benötigt.

Die Vertragspartner würden dadurch in die Lage versetzt, eine angemessene Vergütung zu vereinbaren, die sich nicht vorrangig an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder orientiert. Vielmehr wären bei der Vereinbarung der Höhe der Vergütung die Interessen beider Vertragspartner zu berücksichtigen und auch Vertragsabschlüsse oberhalb der Veränderungsrate möglich.

C) Änderungsvorschlag

Die in § 125 Satz 2 SGB V vorgesehene Aufhebung der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird auch in § 132a Abs. 2 SGB V eingefügt.

Versorgung durch Vertragspartner – § 126 SGB V

Artikel 1, Nr. 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung wird verbindlich festgelegt, dass der Nachweis der Leistungserbringer von Hilfsmitteln für die Erfüllung der Pflichten nur durch Vorlage eines Zertifikates einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle) geführt werden kann. Zertifikate werden auf höchstens fünf Jahre befristet und müssen eingeschränkt, ausgesetzt oder zurückgezogen werden, wenn die Voraussetzungen nicht länger durch den Leistungserbringer erfüllt werden.

Künftig werden Präqualifizierungsstellen durch die nationale Akkreditierungsstelle als Zertifizierungsstellen akkreditiert.

Leistungserbringer, die auf der Grundlage von § 127 Absatz 3 SGB V an der Hilfsmittelversorgung der Versicherten beteiligt sind, können ihre Eignung auch gegenüber der Krankenkasse nachweisen.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des bpa wird in der Neuregelung der Präqualifizierung nicht hinreichend berücksichtigt, dass auch Pflegeeinrichtungen – unter anderem im besonders sensiblen Bereich der Inkontinenzversorgung – als Leistungserbringer von Hilfsmitteln auftreten können.

Anders als bei anderen Vertragspartnern wird die Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtungen bereits umfassend durch die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen des SGB V und SGB XI geprüft. Das schließt auch die Qualität der Hilfsmittelversorgung ein. Bereits für die Leistungserbringung von Hilfsmitteln zugelassenen Pflegeeinrichtungen ist daher ein Bestandsschutz zu gewähren. Es darf keinen Zwang zu einem erneuteten Anerkennungsverfahren geben. Darüber hinaus muss im Gesetz klar geregelt werden, dass Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer im Sinne des § 126 Abs. 1 gelten können und dementsprechend einen Anspruch auf Zertifikate der Präqualifizierungsstellen besitzen, wenn sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen.

Die Möglichkeit für Leistungserbringer, die bisher auf Grundlage von § 127 Abs. 3 SGB V Verträge zur Hilfsmittelversorgung schlossen, ihre Eignung weiterhin direkt gegenüber den Krankenassen nachzuweisen, wird von

uns begrüßt.

C) Änderungsvorschläge

Der Gesetzestext ist entsprechend der o.g. Änderungsvorschläge anzupassen.

Verträge – § 127 SGB V

Artikel 1, Nr. 10

A) Neuregelung

Qualitätskriterien bei Ausschreibungen:

Den Krankenkassen wird vorgegeben, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen von Ausschreibungsverträgen zur Hilfsmittelversorgung neben dem Preis auch andere Kriterien, wie Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit und Zugänglichkeit heranzuziehen. Soweit diese Kriterien in der Leistungsbeschreibung oder den Zuschlagskriterien einer Ausschreibung nicht erschöpfend festgelegt sind, darf die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht die Kosten oder den Preis betreffen, 40 % nicht unterschreiten.

Beratungspflicht:

Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und medizinisch notwendig sind. Es besteht eine Dokumentationspflicht der Beratung, die jedoch durch die Vertragspartner des § 127 zur Reduzierung des Verwaltungsaufwands eingeschränkt werden kann.

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen:

Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch.

B) Stellungnahme

Qualitätskriterien bei Ausschreibungen:

Der bpa begrüßt es sehr, dass bei Ausschreibungen von Hilfsmitteln nicht mehr allein der Preis ausschlaggebend sein soll. In der Vergangenheit hat es hier teilweise einen Wettbewerb um den günstigsten Preis gegeben, der dazu geführt hat, dass Versicherte qualitativ minderwertige Produkte zur Inkontinenzversorgung erhalten haben.

Der bpa würdigt in dem Zusammenhang ausdrücklich die Initiative, die der

Patientenbeauftragte der Bundesregierung nach Hinweisen des bpa ergriffen hat. Dabei hat sich herausgestellt, dass viele Versicherte aufgrund von qualitativ bedenklichen Inkontinenzprodukten freiwillig für bessere Produkte Zuzahlungen geleistet haben und dass gute, zuzahlungsfreie Inkontinenzprodukte kaum zu ermitteln waren. Einer solchen Praxis wird mit der hier vorgenommenen Regelung jetzt ein Riegel vorgeschoben. Davon werden nach Ansicht des bpa viele Versicherte profitieren.

Der bpa begrüßt auch, dass der Gesetzgeber festgelegt hat, in welchem Umfang andere Kriterien als der Preis bei der Ausschreibung zu berücksichtigen sind (40 %).

Nicht nachvollziehbar ist jedoch die gegenüber dem Referentenentwurf erfolgte Einschränkung des Geltungsraums der Qualitätskriterien. Nur wenn in der Leistungsbeschreibung die qualitativen Anforderungen nicht „erschöpfend“ festgelegt sind, müssen die kostenfremden Aspekte in der Zuschlagserteilung einer Ausschreibung berücksichtigt werden. Die beschworene Fokussierung auf mehr Qualität in der Hilfsmittelversorgung wird so aufgeweicht und den Krankenkassen ein erheblicher Beurteilungsspielraum überlassen. Der Preis wird so weiterhin das entscheidende Ausschreibungskriterium bleiben.

Es wird darüber hinaus zu einer Vielzahl an rechtlichen Auseinandersetzungen zur Frage über das Vorliegen erschöpfender Leistungsbeschreibungen führen.

Beratungspflicht:

Die vorgesehene Beratungspflicht ist sinnvoll. Bisher war nicht immer sichergestellt, dass die Versicherten hinsichtlich der Hilfsmittel ausreichend beraten werden. Die Möglichkeit über entsprechende vertragliche Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Kassen die Dokumentationspflichten zu reduzieren und so unnötige Bürokratie – beispielsweise bei wiederkehrenden Verordnungen – zu vermeiden, wird ausdrücklich begrüßt.

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen:

Bei den Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen bittet der bpa den Gesetzgeber, zwischen einer Prüfung des Produkts und einer Prüfung der Dienstleistung zur Bereitstellung des Hilfsmittelprodukts zu unterscheiden. Die Sicherstellung der Produktqualität müssen Hersteller und Händler dieser verantworten. Dementsprechend sind etwaige Prüfungen bei diesen vorzunehmen. Sofern Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer von Hilfsmitteln auftreten, ist es aus Sicht des bpa nicht notwendig die Dienstleistung der Bereitstellung zu testen, weil diese bei Pflegeeinrichtungen be-

reits über die im SGB V und SGB XI gesetzlich und vertraglich vorgesehene Prüfungen erfolgt. Die Prüfung der Dienstleistung würde bei den Pflegeeinrichtungen zu erheblich mehr Bürokratie führen und ist angesichts der bereits durchlaufenen Präqualifizierung aus Sicht des bpa nicht mehr notwendig. Zudem muss sichergestellt sein, dass nicht die Pflegeeinrichtungen für die Produktprüfung verantwortlich gemacht werden.

C) Änderungsvorschläge

Der Gesetzesentwurf ist entsprechend der o.g. Änderungsvorschläge anzupassen.

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a Abs. 1 SGB V

Artikel 1, Nr. 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Bundesrahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V soll künftig nicht nur das Erfordernis einer einheitlichen, sondern auch das der flächendeckenden Versorgung berücksichtigt werden.

Zur Bundesrahmenempfehlung hinzu kommt die Regelung des Näheren zur Eignung der Leistungserbringer nach § 37 Abs. 7 SGB V. Die notwendige Ergänzung ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinien des G-BA nach § 37 Abs. 7 SGB V zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Der bpa unterstützt grundsätzlich das Ansinnen einer flächendeckenden Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten. Es sind nicht zuletzt private Pflegedienste, die die Versorgung in den Städten, in den Landkreisen und Orten – auch in strukturschwachen Gegenden – sicherstellen. Insbesondere in ländlichen Gegenden liegt der Marktanteil privater Anbieter bei mehr als 60%. Nichtsdestotrotz kann eine flächendeckende Versorgung nicht durch die Bundesrahmenempfehlung geregelt werden. Es ist vielmehr Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen, nicht der Leistungserbringer, die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Dementsprechend sollte das Erfordernis der Flächendeckung wieder aus dem Gesetz gestrichen werden.

Den Auftrag das Nähere zur Eignung der Leistungserbringer nach § 37 Abs. 7 SGB V in der Bundesrahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege zu regeln begrüßt der bpa grundsätzlich. In diesem Zusammenhang muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Bundesrahmenempfehlung nicht erlaubt, Anforderungen an den ärztlichen Bereich zu stellen. In Anbetracht der mangelnden Bestimmtheit des Einrichtungsbe- griffs, ist es jedoch durchaus möglich, dass auch Ärzte als Leistungserbringer auftreten könnten.

Wir verweisen darüber hinaus auf unsere Ausführungen zu § 37 Abs. 7 SGB V (siehe S. 8).

C) Änderungsvorschlag

Die Ergänzung in §132a Abs.1 Satz 1 wird wieder gestrichen:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche ~~und flächendeckende~~ Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört.

Hilfsmittelverzeichnis – § 139 SGB V

Artikel 1, Nr. 14

A) Neuregelung

Es liegt künftig nicht länger im Ermessen des GKV-Spitzenverbandes besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festzulegen, so dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist. Es handelt sich nun um eine Ist-Regelung.

Der GKV-Spitzenverband muss bis zum 31.12.2017 eine Verfahrensordnung beschließen, die das Nähere zur Aufnahme und Streichung von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis sowie zur Fortschreibung dessen regelt.

Bis zum 31.12.2018 müssen sämtliche Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis, die seit dem 30.06.2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer Prüfung unterzogen und im erforderlichen Umfang fortgeschrieben werden. Einmal jährlich muss der GKV-Spitzenverband dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages einen Bericht über die Fortschreibungen vorlegen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die neuen Regelungen zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ausdrücklich. Diese tragen dazu bei, die Versorgungsqualität mit Hilfsmitteln zu verbessern.

Die Notwendigkeit einer regelmäßigen Fortschreibung und Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses, verbunden mit der Festlegung von Qualitätsanforderungen, wird bei einem Blick auf die im März 2016 erfolgte Fortschreibung der Produktgruppe der Inkontinenzhilfen deutlich. Nachdem jahrelang weder Veränderungen vorgenommen noch Anforderungen an die Produktqualität beschrieben wurden, mussten bei der Fortschreibung 600 der 2.200 im damaligen Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte entfernt werden, da diese nicht mehr aktuellen Ansprüchen genügten. Ohne die Vielzahl an Beschwerden von Patientinnen und Patienten sowie dem Druck der Pflegeeinrichtungen hätte die Fortschreibung vermutlich noch länger auf sich warten lassen. Der Auftrag der Überprüfung des Hilfsmittelverzeichnisses, verbunden mit der künftigen jährlichen Berichtspflicht zu Fortschreibungen, ist dementsprechend ein wichtiger Schritt hin zur Stärkung der Versorgungsqualität.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer – § 302 und § 303 SGB V

Artikel 1, Nr. 20

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Leistungserbringer werden in § 302 SGB V verpflichtet, im Rahmen des elektronischen Datenträgeraustauschs auch Angaben zu den Zuzahlungen zu den Hilfsmitteln an die Krankenkassen zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Sie sichert die in § 127 SGB V vorgenommene Berücksichtigung von Qualitätskriterien bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln ab.

Darüber hinaus fordert der bpa, die Änderung von § 302 SGB V für eine dringend notwendige Entbürokratisierung bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu nutzen und endlich auch die Umsetzung des elektronischen Datenträgeraustausches (DTA) im Rahmen der Leistungsabrechnung zwischen den Pflegeunternehmen und den Kranken- und Pflegekassen – analog der im Entwurf des Zweiten Bürokratieentlastungsgesetzes getroffenen Regelung zu § 105 Abs. 2 SGB XI-E – auch im Geltungsbereich des SGB V zu verankern. Bisher ist der Datenträgeraustausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Kranken- bzw. Pflegekassen und insbesondere die Abrechnung der Leistungen mit viel Bürokratie und aufwendigen Dokumentationspflichten verbunden.

Die doppelte Einreichung von Abrechnungsunterlagen – einerseits elektronisch und andererseits auf Papier – ist widersinnig, sehr aufwendig und muss daher unbedingt beendet werden!

Konkret fordert der bpa eine Ergänzung des § 303 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V in dem Sinne, dass

- 1.) insbesondere für Leistungsnachweise eine ausschließlich elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbare Übermittlung auf Datenträgern an die Krankenkassen ausreicht und**

- 2.) für Krankenkassen, die nicht bis zum 1.3.2017 den elektronischen Datenaustausch mit den Leistungserbringern der**

häuslichen Krankenpflege umgesetzt haben, ein Aufschlag von 5 % auf die Rechnungen fällig werden soll.

Dies entspricht der bisher allein für die Leistungserbringer geltenden Regelung aus § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V, die einen Abschlag von 5 % vor sieht, wenn der Leistungserbringer den nicht elektronischen Datenträgeraustausch zu verantworten hat. Hier muss das gleiche Recht auch auf die Krankenkassen Anwendung finden. Zugleich muss zwingend festgelegt werden, dass mit Einführung des elektronischen Datenträgeraustauschs jede Form von Papierrechnung entfallen muss.

Bereits im Jahr 1992 hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Krankenkassen verpflichtet, künftig nur noch dann Leistungen zu vergüten, wenn die entsprechende Abrechnung auf „maschinenlesbaren oder maschinell verwertbaren Datenträgern“ erfolgt. Viele Kranken- und Pflegekassen setzen diese Verpflichtung jedoch weder im SGB V noch im SGB XI um. Im Gegenteil – sie erschweren das Verfahren, indem sie von den über 13.000 Pflegediensten neben den elektronischen Nachweisen zusätzlich eine Versendung der „Urbelege“ per Post verlangen. Rechnungen müssen ebenfalls per Post verschickt werden, obwohl diese bereits über den DTA übermittelt wurden. Eine gesetzliche Grundlage für diese Forderungen gibt es nicht.

Es handelt sich schlicht um tradierte Verwaltungspraxis der Kassen. Dies führt zu doppelter Arbeit und unnötigem Aufwand – auch bei den Kassen – statt zu der gewünschten und dringend notwendigen Entbürokratisierung. Das Nachsehen haben die Pflegekräfte und in Folge der bürokratischen Aufwände alle Kostenträger und die Patienten.

Der vorliegende Gesetzentwurf bietet – nachdem eine entsprechende Anpassung im Rahmen des E-Health-Gesetzes leider unterblieben ist – den passenden Rahmen, um hier endlich zu einer bundesweiten Lösung zu kommen und die Umsetzung voranzutreiben. Der bpa hat daher folgenden Änderungsvorschlag entwickelt:

C) Änderungsvorschlag

§ 303 Abs. 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, dass

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,

2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

Urbelege und Leistungsnachweise der Leistungserbringer sind den Krankenkassen nur auf deren besondere Anforderung vorzulegen oder vor Ort beim Pflegedienst zu prüfen. Dabei sind auch Dateien und Ausdrucke solcher Leistungsnachweise für die Abrechnung anzuerkennen, die von den Leistungserbringern mittels elektronischer Datenverarbeitung erstellt wurden, sofern sie den Anforderungen an eine Personalidentifikation genügen.

Der § 303 Abs. 3 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(3) Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. **Kann die elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbare Datenübermittlung durch die Leistungserbringer nicht erfolgen, weil die Krankenkassen stattdessen oder zusätzlich papiergebundene Abrechnungsunterlagen anfordern, haben die Krankenkassen ab dem 1. März 2017 die mit der Erstellung und Übersendung der papiergebundenen Abrechnungsunterlagen verbundenen Zusatzkosten dem betroffenen Leistungserbringer durch einen pauschalen Rechnungsaufschlag in Höhe von bis zu 5 von Hundert des jeweiligen Rechnungsbetrages zu erstatten.** Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüsseels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.