

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0220(24)
gel. VB zur öAnhörung am 30.11.
2016_HHVG
25.11.2016



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum
Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der
Heil- und Hilfsmittelversorgung**

(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

Stand 25.11.2016

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
§ 33 SGB V Absatz 6: Hilfsmittel	5
§ 64d (neu) SGB V: Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung	6
§ 125 SGB V Absatz 2: Rahmenempfehlungen und Verträge	9
§ 127 SGB V Absatz 1b: Verträge	10
§ 127 SGB V Absatz 5a (neu): Verträge	12
§ 139 SGB V Absatz 4: Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln	13
§ 139 SGB V Absatz 9: Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln	15
Weitergehender Änderungsbedarf	16

Grundsätzliche Anmerkungen

1. Hilfsmittelversorgung

Der Gesetzentwurf setzt neue Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung. Mit der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und der stärkeren Gewichtung von Qualitätskriterien im Versorgungswettbewerb entwickelt der Gesetzgeber die Versorgung der Versicherten in dem aus Sicht der Innungskrankenkassen notwendigen Maße weiter und stärkt mit der Ausweitung der Wahlmöglichkeiten und der Verpflichtung zur Beratung gleichzeitig die Position des Versicherten.

Ein wichtiges Ziel des Gesetzentwurfes ist es, die Qualität der Hilfsmittelversorgung dauerhaft und nachhaltig zu verbessern. Um dies zu erreichen, sollen die Krankenkassen u.a. Qualitätskontrollen und Stichprobenprüfungen durchführen. Eine effiziente Umsetzung dieser Aufgabe ist aber nur möglich, wenn die Krankenkassen sich im Sinne eines Fehlermanagements über Auffälligkeiten als Ergebnisse von Stichprobenprüfungen austauschen können. Eine entsprechende Regelung ist im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Neuregelungen nicht die erwartete Wirkung erzielen können.

Auch bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses gehen den Innungskrankenkassen die Änderungen nicht weit genug. Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklungen des Hilfsmittelmarktes ist es wichtig, dass das Hilfsmittelverzeichnis aktuelle Entwicklungen und Anforderungen möglichst zeitnah abbildet. Eine bloße Meldepflicht von Änderungen durch den Hersteller reicht hier jedoch nicht aus. Es muss sichergestellt sein, dass der Hersteller auch weiterhin die Voraussetzung für eine Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis erfüllt. Deshalb muss seitens des GKV-Spitzenverbandes eine automatische Prüfung erfolgen.

Mit dem Gesetzentwurf verpasst es der Gesetzgeber zudem, die rechtliche Legitimation der externen Hilfsmittelberater gesetzlich zu fixieren. Die Zulässigkeit externer Hilfsmittelberater ist belegt. Trotzdem hat das Bundesversicherungsamt den Einsatz externer Hilfsmittelberater in seinem Schreiben an einen Industrieverband am 21. Mai 2014 für rechtlich unzulässig erklärt. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rechtsauffassungen empfehlen die Innungskrankenkassen eine rechtssichere Einbindung von externen Beratern im Hilfsmittelbereich, welche für alle Beteiligte Klarheit schafft.

2. Heilmittelversorgung

Mit dem Gesetzentwurf ist beabsichtigt, die Heilmittelerbringer flächendeckend in die Versorgung zu integrieren und gleichzeitig ihre Vergütung angemessen weiterzuentwickeln. Die Neuregelungen gehen jedoch ausschließlich auf Kosten der Beitragszahler,

ohne dass damit eine direkte Verbesserung der Versorgung für die Versicherten verbunden ist. Die Innungskrankenkassen befürworten eine leistungsgerechte Vergütung der Heilmittelerbringer, allerdings darf dafür nicht der Grundsatz der Beitragsstabilität verlassen werden.

Zudem ist eine großflächige Erweiterung der Modellvorhaben zur sogenannten Blankoverordnung vorgesehen. Die Innungskrankenkassen sind Vorreiter in der Erprobung von Modellvorhaben, daher unterstützen sie die Idee, Modellprojekte zur Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen weiter zu fördern. Eine Ausweitung der Modellvorhaben im Sinne des Gesetzentwurfes ohne abschließende vorherige Evaluation der bestehenden Modelle halten die Innungskrankenkassen jedoch nicht für zielführend. Erst sollten die Ergebnisse der laufenden Modelle abgewartet werden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2b

§ 33 SGB V Absatz 6: Hilfsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Der § 33 Absatz 6 wird um einen Satz 4 erweitert. Danach können Versicherte den Leistungserbringer in den Fällen frei wählen, in denen die Krankenkasse im Rahmen einer Ausschreibung mehreren Leistungserbringern den Zuschlag für einen Vertrag nach § 127 Absatz 1 (sogenanntes Mehr-Partner-Modell) erteilt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen bewerten die vorgesehene Ergänzung als praktikabel, sofern das hierdurch initiierte sogenannte Mehr-Partner-Modell eine Kann-Regelung bleibt. Allerdings weisen die Innungskrankenkassen auch darauf hin, dass auf Grund der Abkaufsraten kleinerer Kassen das Mehr-Partner-Modell zu kleineren Losen führt und somit der Wirtschaftlichkeitsgedanke unterlaufen wird.

Änderungsvorschlag

Bitte um Prüfung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 64d (neu) SGB V: Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Bundesweit sind kassenartenübergreifende Modellvorhaben zur Erprobung der sogenannten Blankoverordnung für alle entsprechend qualifizierten Heilmittelerbringer auch länderübergreifend einzuführen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind angehalten, mit den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer auf Landesebene Modellvorhaben zu vereinbaren. Heilmittelerbringer dürfen damit neben der Regelversorgung innerhalb der Modellvorhaben eigenständig über Art und Dauer und Frequenz eines weiterhin vom Arzt verordneten Heilmittels entscheiden.

In den Vereinbarungen sollen auch die mit der höheren Therapieverantwortung verbundenen höheren Qualifikationsanforderungen und Mengenentwicklungen berücksichtigt werden. Ferner soll dort festgelegt werden, inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen dürfen.

Bewertung

Mit dem Blick auf die soziodemografische Entwicklung und die Aufgabe, die Versorgung der Versicherten auch zukünftig flächendeckend und finanzierbar sicherzustellen, wird die Bedeutung des Leistungsbereichs der Heilmittel zukünftig wachsen. Der Gesetzgeber versucht mit der Ausweitung der Modellprojekte diese Herausforderung anzugehen. Die Innungskrankenkassen unterstützen die Idee, dass die Sicherstellung der Versorgung nicht alleine durch die Ärzte getragen werden muss, sondern in Modellen auch andere Versorgungsformen zu erproben. Sie haben als Vorreiter in den im Gesetzentwurf umschriebenen zwei Modellprojekten und in weiteren kleineren Modellen bereits erste Erfahrungen gesammelt. Für die vom Gesetzgeber vorgesehene Einführung eines neuen § 64d sehen die Innungskrankenkassen jedoch vor dem Hintergrund noch nicht abgeschlossener Modellvorhaben keine Notwendigkeit. Darüber hinaus birgt die formulierte Neuregelung einige Schwachstellen, die das Ziel des Gesetzgebers, in kurzer Zeit zu einer stabilen Wissensgrundlage zu gelangen, konterkarieren werden.

Rechtssystematik

Mit der Einführung des § 64d als verpflichtende Regelung wird die Systematik der Kann-Regelung – als solche wurden die §§ 63 und 64 eingeführt – verlassen. Zudem kommt

es zu einer Vermischung der bestehenden Regelleistung mit der neuen kollektiv verpflichtenden multiplen Erprobungsleistung. Es stellt sich mit Blick auf die Umsetzung für die Kassen die Frage, wie mit einer verpflichtenden Regelung neben einer Kann-Regelung und einer Erprobungsleistung neben einer Regelleistung umzugehen ist.

Die Einführung des § 64d ist zum jetzigen Zeitpunkt aus Sicht der Innungskrankenkassen verfrüht, da die laufenden Modellvorhaben noch nicht abgeschlossen bzw. noch nicht abschließend aus- und bewertet sind.

Zudem werden im neuen § 64d die Vertragsärzte komplett aus der Vertragsseitigkeit ausgeschlossen. Die Innungskrankenkassen schätzen dieses Vorgehen als problematisch für die Umsetzung der Modellvorhaben ein. Bei Vereinbarungen über Modellvorhaben nach der Versorgungsform der Blankoverordnung bedarf es eines Vertrages mit der bzw. den Kassenärztlichen Vereinigung(en) über die Verwendung und Anwendung der Blankoverordnung, d.h. über Verordnungsvordrucke, deren Inhalte, die Koordination und Steuerung der Verordnungen. Dazu zählt auch eine entsprechende Beachtung der Blankoverordnung in Verbindung mit § 106 SGB V. Es bleibt in diesem Kontext nach der aktuellen Formulierung auch die Frage der Finanzierung offen.

Blankoverordnung

Das Wort Blankoverordnung existiert bisher nur auf der Ebene des „allgemeinen Sprachgebrauchs“. Hier bedarf es vor einer weiteren Ausweitung der Modellprojekte zunächst einer einheitlichen Definition und inhaltlichen Ausgestaltung für alle Vertragspartner (Heilmittelerbringer, Berufsverbände, Landesverbände und Vertragsärzte). Zudem existieren aktuell keine Konzepte zum Umgang mit Blankoverordnungen, zum Qualifizierungsbedarf der Therapeuten und zur Vertragsgestaltung, die auch einer Mengenausweitung vorbeugt.

Fazit

Insgesamt wird die Pflicht der Einführung von Modellvorhaben zur sogenannten Blankoverordnung durch die Aufnahme des § 64d vor dem Hintergrund der wenigen bisher vorliegenden wissenschaftlichen Expertise von den Innungskrankenkassen als zu früh angesehen. Planungsumfang und Kosten lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt nur ungenau beurteilen. Die geplante Einführung des § 64d setzt nicht den begonnenen Erkenntnisprozess fort, sondern lässt bereits im Vorfeld vermeidbare Fehler durch Neuaufnahme der laufenden Modelle vor deren Abschluss zu. Die geplante Beschleunigung des Prozesses kann sich damit ins Gegenteil verkehren. Die Innungskrankenkassen votieren deshalb dafür, vor der im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausweitung der Modellprojekte

die Ergebnisse der laufenden Modelle abzuwarten, um die hier gewonnenen Erkenntnisse in die Weiterentwicklung einbeziehen zu können.

Für das vom Gesetzgeber avisierte Ziel, eine verbesserte Entscheidungsgrundlage zu schaffen, reicht der § 63ff. aus. Für eine Weiterentwicklung der Modellvorhaben müssen im Weiteren die Fragen nach Patientensicherheit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit geklärt werden. Darüber hinaus müssen die erforderlichen berufsrechtlichen Voraussetzungen geschaffen und Ausbildungsinhalte entsprechend erweitert werden.

Änderungsvorschlag

Der § 64d SGB V wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8a

§ 125 SGB V Absatz 2: Rahmenempfehlungen und Verträge

Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Verbänden der Heilmittelerbringer wird für die Jahre 2017-2019 aufgehoben. Damit können Vergütungssteigerungen für Heilmittelerbringer die Veränderungsrate der Grundlohnsumme künftig übersteigen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen sprechen sich für eine leistungsgerechte Vergütung der Heilmittelerbringer aus. Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung bewerten die Innungskrankenkassen jedoch als eine staatlich verordnete Missachtung des § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot), auch wenn gegenüber dem Referentenentwurf nunmehr eine Befristung eingeführt wurde. Die Regelung öffnet bei künftigen Gesetzesvorhaben Tür und Tor für alle Gesundheitsberufe, deren Vergütungssteigerung an die Veränderungsrate der Grundlohnsumme gebunden ist. Dies führt zu zusatzbeitragsrelevanten Ausgabesteigerungen, welche durch die Versicherten zu tragen sind. Dies lehnen die Innungskrankenkassen ab.

Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) verfügte Angleichung der Heilmittelpreise im Heilmittelbereich ist erst im Jahr 2021 abgeschlossen und für viele Kassen bereits jetzt mit Mehrausgaben verbunden. Die Innungskrankenkassen plädieren daher dafür, die geplante Regelung im Gesetzentwurf zurückzustellen und die Vergütungsentwicklung im Jahr 2021 erneut zu betrachten. Bevor nicht die Auswirkungen des GKV-VSG in seiner ganzen Tragweite auf Kassenseite bewertet werden konnten, erachten die Innungskrankenkassen eine Streichung der Grundlohnsummenanbindung aus finanzpolitischen Gesichtspunkten als überaus problematisch, da sie zu nicht kalkulierbaren Mehrausgaben führen könnte. Alternativ schlagen die Innungskrankenkassen eine Liberalisierung des Vertrags- bzw. Leistungswettbewerbs vor (Vergleich § 127 SGB V).

Änderungsvorschlag

Die Änderung im § 125 Absatz 2 Satz 2 (neu): „Für die Jahre 2017 bis 2019 gilt § 71 für die Verträge nach Satz 1 nicht.“ wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10b

§ 127 SGB V Absatz 1b: Verträge

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber definiert für die Ausschreibungen einen nicht abschließenden Katalog an Kriterien. Die Kriterien (Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit etc.) sind neben dem Preis zu berücksichtigen. Leistungsbeschreibung oder die Zuschlagskriterien müssen so festgelegt und bestimmt sein, dass qualitative Aspekte angemessen zu berücksichtigten sind. Die Gewichtung der vorgegebenen Kriterien darf die Rate von mindestens 40 Prozent gegenüber Preis und Kosten nicht unterschreiten.

Bewertung

Derzeit können bereits neben dem Preis auch andere Faktoren als Zuschlagskriterium herangezogen werden, der Zuschlag ist aber auf das wirtschaftlichste, d.h. auf das mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis abgegebene Angebot zu erteilen.

Der Satz 2 legt nun fest, dass der Preis nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein darf. Hierdurch wird die Gestaltungsfreiheit des öffentlichen Auftraggebers eingeschränkt. Allerdings können nach der Richtlinie 2014/24/EU in Art. 67 Absatz 3 die Mitgliedsstaaten auch heute schon vorsehen, dass die öffentlichen Auftraggeber nicht den Preis oder die Kosten allein als einziges Zuschlagskriterium verwenden dürfen, oder sie können deren Verwendung auf bestimmte Kategorien von öffentlichen Auftraggebern oder bestimmte Arten von Aufträgen beschränken.

Die Innungskrankenkassen begrüßen die mit dem Gesetzentwurf angestoßene Qualitätsoffensive. Sie empfehlen dem Gesetzgeber dennoch, zu prüfen, ob die ausdrückliche Einschränkung für die Erreichung des erstrebten Zieles geeignet ist, ob sie das mildeste Mittel zur Erreichung des Zweckes darstellt und inwieweit sie angemessen im engeren Sinne (verhältnismäßig) ist.

Auch die Neuregelung in Satz 4, wonach die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, 40 Prozent nicht unterschreiten darf, greift in die Gestaltungsfreiheit des öffentlichen Auftraggebers ein und stellt eine Einschränkung dar. Eine solche prozentuale Festlegung ist weder in den EU-Vergaberichtlinien noch in den entsprechenden Transformationsvorschriften des deutschen Rechts vorgesehen.

Die neue Regelung wird mit dem Blick auf den angestrebten Zweck von den Innungskrankenkassen zwar als gerechtfertigt erachtet, jedoch sollte sie noch einmal kritisch in Bezug auf die dadurch entstehende Einschränkung der Gestaltungsfreiheit und damit

auf ihre Verhältnismäßigkeit (geeignet, mildestes Mittel, angemessen im engeren Sinne) geprüft werden.

Änderungsvorschlag

§ 127 Absatz 1b SGB V wird wie folgt angepasst:

„(1b) Bei Ausschreibungen nach Absatz 1 ist der Zuschlag auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Der Preis darf nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein. Zu berücksichtigen sind verschiedene, mit dem Auftragsgegenstand in Verbindung stehende Kriterien, wie etwa Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit der Leistung insbesondere für Menschen mit Behinderungen, Organisation, Qualifikation und Erfahrung des mit der Ausführung des Auftrags betrauten Personals, Kundendienst und technische Hilfe, Lieferbedingungen, Betriebs- und Lebenszykluskosten und Preis. Die Leistungsbeschreibung oder die Zuschlagskriterien müssen so festgelegt und bestimmt sein, dass qualitative Aspekte angemessen berücksichtigt sind; ~~soweit diese qualitativen Anforderungen der Liefer- oder Dienstleistungen nicht erschöpfend in der Leistungsbeschreibung festgelegt sind, darf die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, 40 Prozent nicht unterschreiten.~~ § 60 der Vergabeverordnung zum Ausschluss ungewöhnlich niedriger Angebote bleibt unberührt.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10e

§ 127 SGB V Absatz 5a (neu): Verträge

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 5a werden die gesetzlichen Vorschriften zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität in der Hilfsmittelversorgung durch Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität ergänzt. In diesem Zusammenhang werden die Krankenkassen verpflichtet, die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Leistungserbringer, u.a. durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen, zu überwachen.

Zur Prüfung der dem Leistungserbringer obliegenden Beratungspflicht durch die Kassen soll der Leistungserbringer die versichertenbezogenen Daten ohne eine Einwilligung des Versicherten der Krankenkasse vorlegen. Für Prüfungen in Einzelfällen ist der Leistungserbringer verpflichtet, nach Einwilligung des Versicherten die Daten für eine Prüfung zu übermitteln. Die Kassen sollen für den Fall, dass die Prüfung entsprechende Ergebnisse erbringt, die notwendigen Konsequenzen ziehen.

Bewertung

Die Intention des Gesetzgebers, die Qualität der Hilfsmittelversorgung nachhaltig zu verbessern, begrüßen die Innungskrankenkassen ausdrücklich. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen werden die bestehenden Qualitätsprobleme aber auch mit dem neuen Absatz 5a nicht gelöst. Bereits heute werden Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen von den Kassen durchgeführt. In vielen Fällen bleibt dies aber durch eine fehlende kassenübergreifende Bündelung der Auffälligkeiten im Ergebnis sanktionslos. Im Moment prüft jede Krankenkasse die Leistungserbringer nur für sich, ohne das Ergebnis mit den anderen Krankenkassen zu teilen. Auf diesem Weg können sich Leistungserbringer durch den Verweis auf das Vorliegen eines Einzelfalls den Konsequenzen entziehen. Systematische Verfehlungen sind so nicht aufzudecken. Hier wären eine Bündelung der Auffälligkeiten und ein entsprechender Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen zielführender. Kritisch ist zudem anzumerken, dass die Notwendigkeit einer schriftlichen Einwilligung eines Versicherten für eine vollständige Überprüfung, welche durch die Kasse einzuholen ist, zu einem zusätzlichen außerordentlichen Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen führen wird.

Änderungsvorschlag

Bitte um Prüfung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14b

§ 139 SGB V Absatz 4: Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Beabsichtigte Neuregelung

Ein Hilfsmittel wird nur dann ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen, wenn der Hersteller die notwendigen Voraussetzungen (Funktionstauglichkeit und Sicherheit, Erfüllung von Qualitätsanforderungen und soweit erforderlich Nachweis über den medizinischen Nutzen) belegt hat. Hierbei handelt es sich um eine Mitteilungspflicht der Hersteller. Neu ist, dass die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis abhängig von den vorliegenden Nachweisen ist. Entsprechend kann die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis auf die Indikationen beschränkt werden, für die die entsprechenden Nachweise vorliegen. Änderungen am Hilfsmittel, die für die Aufnahmeentscheidung relevant sind, oder die Einstellung der Produktion hat der Hersteller dem GKV-Spitzenverband mitzuteilen.

Bewertung

Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses wird von den Innungskrankenkassen sehr begrüßt. Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung des Hilfsmittelmarktes ist es wichtig, dass das Hilfsmittelverzeichnis aktuelle Marktentwicklungen und Anforderungen möglichst zeitnah abbildet. Nur so kann die Aussagekraft des Verzeichnisses sichergestellt werden. Dies unterstützen die Innungskrankenkassen.

Damit die Änderung allerdings nicht ins Leere läuft, reicht für die Innungskrankenkassen eine bloße Meldepflicht der Hersteller gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht aus. Mit der Meldung muss eine automatische Prüfung erfolgen, inwieweit der Hersteller die Voraussetzungen für die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis noch belegen kann oder ob er den Nachweis erneut erbringen muss. Zudem sollte in Absatz 4 Satz 3 der Verweis auf Satz 2 ergänzt werden. Denn auch Änderungen am Produkt, welche die Ausweitung der Indikationen betreffen, sollten vom Hersteller angezeigt werden.

Änderungsvorschlag

Der § 139 SGB V Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„Hat der Hersteller Nachweise nach Satz 1 nur für bestimmte Indikationen erbracht, kann die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis auf diese Indikationen beschränkt werden. Nimmt der Hersteller an Hilfsmitteln, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, solche Änderungen vor, die auch im Rahmen der Entscheidung nach Satz 1 **und 2** von

Bedeutung wären, hat er diese dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen. Gleiches gilt, wenn ein Hilfsmittel nicht mehr hergestellt wird. **Der Spitzenverband Bund prüft dann inwieweit die Änderungen eine neue Nachweispflicht der in Satz 1 genannten Voraussetzungen auslösen.**“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14e

§ 139 SGB V Absatz 9: Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Beabsichtigte Neuregelung

Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 alle Produktgruppen, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr aktualisiert wurden, systematisch zu prüfen und entsprechend fortzuschreiben. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages erhält von ihm einmal jährlich einen Bericht über die im Berichtszeitraum erfolgten Fortschreibungen. Der GKV-Spitzenverband kann zum Zwecke der Fortschreibung Unterlagen vom Hersteller einfordern.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses. Sie geben allerdings zu bedenken, dass aufgrund der Zunahme der Bedeutungshoheit des Hilfsmittelverzeichnisses – und der BSG Urteile zur Kostenverweigerung bei nicht auf NUB bewerteten Hilfsmitteln – zu überlegen wäre, ob dem Hilfsmittelverzeichnis nicht doch die Bedeutung einer Positivliste eingeräumt werden kann. Mit dem aktuell vom Gesetzgeber vorgelegten Regelungsvorschlag sehen die Innungskrankenkassen die Gefahr, dass die Anträge der Hersteller auf Aufnahme in das Verzeichnis wegen der deutlich verschärften Aufnahmebedingungen zurückgehen werden.

Änderungsvorschlag

Bitte um Prüfung.

Weitergehender Änderungsbedarf

Aktienquote

§ 171e SGB V: Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen

Ausgangslage

Mit dem 6. SGB IV-ÄndG wurde die anteilige Höhe der Rücklagen für die Altersversorgungsverpflichtungen der Krankenkassen in Aktien auf bis zu 10 % durch eine Änderung des § 171e SGB V gesetzlich festgesetzt. Dabei ist eine passive, indexorientierte Durchführung der Anlage vorgeschrieben. Eine gleichlautende Regelung wurde für die Unfallversicherung mit der Änderung des § 172c SGB VII vorgesehen. Diese Vorgaben orientierten sich am bisherigen Stand des Versorgungsrücklagengesetzes für den Bund und die bundesunmittelbaren Körperschaften. Dieses Gesetz regelt die Rücklagen zur Ausfinanzierung der Beamtenversorgung für Beamte des Bundes. Hierdurch sollte ein Gleichlauf für die Sozialversicherungszweige und mit den Altersversorgungsverpflichtungen des Bundes erzielt werden.

Der Bundesrat hatte sich in seiner Stellungnahme zum 6. SGB IV-ÄndG vom 22.04.2016 dafür ausgesprochen, die entsprechende Regelung zu streichen und „einer separaten Gesetzesänderung zuzuführen, damit eine inhaltliche Diskussion, auch zu Anlagealternativen, ermöglicht wird“. Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag in der Gegenäußerung am 18.05.2016 abgelehnt und dies allein mit dem Verweis auf die geltende 10 %-Aktienquote in den Anlageregelungen des Versorgungsrücklagegesetzes begründet.

Problemdarstellung

Der Bundestag hat aktuell Änderungen des Versorgungsrücklagegesetzes beraten, durch die die Gestaltung der Anlagen von Finanzmitteln und u.a. eine Erhöhung der Aktienquote von 10 auf 20 % geregelt werden sollen (BT-Drucksache: 18/9532).

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz darum gebeten, wegen der vergleichbaren Zielrichtung und Ausgangslage eine Übertragung der geplanten Änderungen im Versorgungsrücklagegesetz auf die gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung zu prüfen und die Angleichung zeitnah gesetzlich vorzunehmen. Den Vorschlag lehnt die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung vom 02.11.2016 erneut ab.

Eine Ausweitung der Anlagemöglichkeiten des Deckungskapitals für Altersversorgungsverpflichtungen ermöglicht es den Krankenkassen, ihr Verwaltungshandeln auch unter

veränderten Bedingungen auf den Kapitalmärkten weiter wirtschaftlich zu gestalten. Angesichts der Entwicklung der Zinsen im Bereich der Rentenpapiere ist eine Ergänzung der möglichen Anlageformen durch eine Aktienquote ein sinnvolles und notwendiges Instrument, um die für die Altersversorgung erforderlichen Zinsen erwirtschaften und die Anlage diversifizieren zu können. Die maximal zulässige Aktienquote sollte vor diesem Hintergrund jedoch mehr als 10 % betragen. Die Innungskrankenkassen sind wie auch die anderen Kassenarten der Auffassung, dass der ursprünglich von der Bundesregierung intendierte Gleichlauf zwischen den Regelungen für den Bund und die Kranken-, Pflege- und Unfallkassen zwingend ist und zügig hergestellt werden sollte.

Änderungsvorschlag

In § 171e SGB V und § 172c SGB VII ein sogenannter „dynamischer Verweis“ auf die Regelungen im Versorgungsrücklagegesetz vorgesehen werden.

Alternativ:

§ 171e wird wie folgt geändert:

„(2a) Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage in Euro-denominierten Aktien oder Aktienfonds bis zu einer Höhe von 20 Prozent zulässig ist. Ein höherer Anlageanteil in Aktien oder Aktienfonds ist zulässig, wenn dies in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung vereinbart ist. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen. Für die Anlage des Deckungskapitals für Altersversorgungsrückstellungen nach § 12 Abs. 1 SVRV durch Krankenkassen gilt Abs. 2a entsprechend.“