

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0220(22)

gel. VB zur öAnhörung am 30.11.

2016_HHVG

25.11.2016

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittel-
versorgung

(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
e-mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 25. November 2016

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs

Der Gesetzentwurf verfolgt drei zentrale Ziele:

- Stärkung der Vergütung und Verantwortung der Heilmittelerbringer
- Verbesserung der Hilfsmittelversorgung
- Verbesserung der Versorgung von chronischen Wunden, insbesondere durch Wundzentren

Zusätzlich sind eine Verbesserung der Unterstützung der Patientenverbände und der Schutz der Sozialdaten vorgesehen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Initiative zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung sehr. Der Sozialverband VdK macht schon lange auf die Missstände in diesem Bereich aufmerksam. Der Erfolg der Reform bemisst sich daran, ob Patienten in Zukunft die Hilfsmittel für den vollen Behinderungsausgleich in guter Qualität und ohne Mehrkosten oder Widerspruchsverfahren bekommen. Dazu fehlen zwei entscheidende Bausteine: die Krankenkassen müssen die vereinbarten Qualitätskriterien für die mehrkostenfreien Hilfsmittel sowie die Anteile und durchschnittliche Höhe der Mehrkostenvereinbarung je Produktgruppe veröffentlichen. Dadurch könnte ein echter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um gute Versorgung und nicht nur um die Höhe des Zusatzbeitrages entstehen.

Bei allen Verträgen, nicht nur den ausgeschriebenen, könnte die Rechtsaufsicht bereits heute prüfen, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Diese Möglichkeit muss genutzt werden.

Wir begrüßen auch, dass die mangelnde Unterstützung der Patientenverbände für ihre Koordinierungsarbeit als Problem erkannt wurde. Die vorgeschlagene Lösung ist allerdings nur ein Tropfen auf den heißen Stein und sehr bürokratisch. Eine Pauschalförderung wäre einfacher. Die Höhe muss dem tatsächlichen Aufwand entsprechen, denn hier wird eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe umgesetzt.

2. Heilmittel

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird für die Vertragsabschlüsse im Heilmittelbereich für die Jahre 2017 bis 2019 aufgehoben, um die Kapazitäten an den steigenden Behandlungsbedarf anpassen zu können.

In jedem Bundesland und für alle Heilmittelerbringer wird ein Modellprojekt zur „Blankverordnung“ durchgeführt. In dem Rahmen stellt der Arzt die Diagnose, aber der Therapeut entscheidet über die Therapie, Dauer und Frequenz.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Absicht, die Heilmittelversorgung an den steigenden Bedarf anzupassen. Dazu müssen aber zuerst die Richtgrößen bei den verordnenden Ärzten aufgehoben werden. Bei festen Budgets führt eine höhere Vergütung der Heilmittelerbringer sonst zu weniger Leistungen für die Patienten.

Gleichzeitig muss die Heilmittelerbringung weiterentwickelt werden. So ist es beispielsweise nicht nachvollziehbar, warum Menschen mit allen Symptomen eines diabetischen Fußes, aber ohne Diabetes, keine Podologie erhalten können, die sie vor Amputationen schützen würde. Die Verfahren zu Anerkennung neuer Arzneimittel im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) funktionieren nicht für die Heilmittel.

3. Hilfsmittel

Das Gesetz sieht eine Vielzahl von kleineren Änderungen im Hilfsmittelbereich vor, um die Versorgungsqualität zu verbessern und dem Sachleistungsprinzip wieder Geltung zu verschaffen. Vom Prinzip der Ausschreibungen wird aber nicht abgerückt.

Präqualifizierungsstellen können die generelle Eignung eines Hilfsmittelanbieters zu Vertragsabschlüssen mit einer gesetzlichen Krankenkasse bescheinigen. Diese 23 Stellen sollen in Zukunft nicht mehr vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) **überwacht werden**, sondern von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS).

Das Hilfsmittelverzeichnis soll Orientierung und Transparenz bieten, welche Produkte Leistung der Krankenkassen sein können. Es wurde allerdings in vielen Produktgruppen nicht regelmäßig aktualisiert, so dass es nicht mehr dem Stand der Technik entspricht und teilweise nicht mehr lieferbare Produkte enthält. Der GKV-SV muss das **Hilfsmittelverzeichnis bis zum 31.12.2018 grundlegend überarbeiten** und bis zum 31.12.2017 eine Verfahrensordnung entwickeln, wie dies in Zukunft regelmäßig geschieht. Die Patientenverbände sind zu beteiligen.

Der GKV-SV darf bei der Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis davon ausgehen, dass Normen und Standards eingehalten werden, wenn entsprechende Prüfzertifikate vorliegen.

Der **Preis darf nicht mehr alleiniges Zuschlagskriterium bei Ausschreibungen sein**. Wenn die Leistungsbeschreibung nicht ausreichende qualitative Anforderungen festlegt, müssen mindestens 40 % der Zuschlagskriterien auf Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit der Leistung insbesondere für Menschen mit Behinderungen, Organisation, Qualifikation und Erfahrung des mit der Ausführung des Auftrags betrauten Perso-

nals, Kundendienst und technische Hilfe, Lieferbedingungen sowie Betriebs- und Lebenszykluskosten entfallen.

Die Krankenkassen müssen den Versicherten auch im Rahmen von Ausschreibungsverträgen **Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Produkten** ermöglichen. Dies kann entweder dadurch geschehen, dass der Ausschreibungsgewinner dem Versicherten mehrere mehrkostenfreie Produkte zur Auswahl anbietet oder, dass es mehr als einen Vertragspartner gibt (Mehr-Partner-Modell).

Um das Sachleistungsprinzip wieder durchzusetzen, werden sowohl die Krankenkassen verpflichtet, die Versicherten über die Vertragspartner und die Inhalte der Verträge zu informieren, als auch die Leistungserbringer die Patienten über die Hilfsmittel innerhalb des Sachleistungssystems. Dies muss schriftlich dokumentiert werden.

Die Krankenkassen müssen auch Versicherten anderer Kassen die Informationen zu Vertragspartnern und wesentlichen Inhalten der Verträge zur Verfügung stellen.

Die Software der verordnenden Ärzte muss zukünftig auch Informationen zu Preisen und Krankenkassenverträgen im Bereich Verbandsmittel und Hilfsmittel enthalten. Damit kann der Arzt dem Patienten direkt das mehrkostenfreie Produkt verordnen.

Die Leistungserbringer müssen den Krankenkassen die Mehrkostenvereinbarungen mitteilen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Vertragserfüllung durch **die Leistungserbringer zu überprüfen**. Dazu entwickelt der GKV-SV bis zum 30.6.2017 eine Rahmenempfehlung zu Stichproben und Auffälligkeitsprüfungen. Die Patientenverbände sind zu beteiligen. Die Krankenkassen müssen in den Versorgungsverträgen bereits Sanktionsmechanismen mit den Leistungserbringern vereinbaren, falls diese gegen ihre vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten verstoßen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die Absicht, die Hilfsmittelversorgung zu verbessern und in den Ausschreibungsverfahren der Qualität der Hilfsmittel einen höheren Stellenwert einzuräumen. Wir sehen allerdings die Gefahr, dass die Qualitätskriterien so einfach gewählt werden, dass sie von allen Anbietern erfüllt werden und schlussendlich der Preis das einzige Unterscheidungskriterium bleibt. Der neue Absatz 1b in §127 ist nicht hinreichend bestimmt. Wenn die Verträge im Hilfsmittelbereich nicht mehr Verträge zu Lasten Dritter sein sollen, müssen weitere Rahmenbedingungen verändert werden:

1. Der angebotene Preis muss wirtschaftlich sein. Die Krankenkassen müssen im Rahmen des Vergabeverfahrens prüfen, ob sich mit dem abgegebenen Angebot die Kosten decken lassen. Ansonsten ist davon auszugehen, dass der Vertrag nur genutzt werden soll, um Zugang zu den Patienten zu erhalten, mit denen dann Mehrkostenvereinbarungen geschlossen werden. Solche Angebote sind abzulehnen. Es ist fraglich, ob alleine ein Verweis auf § 60 der Vergabeordnung in § 127 Abs. 1b Satz 5 HHVG hier ausreichend ist.

2. Das Hilfsmittelverzeichnis muss dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Dieser Grundsatz muss im Gesetz verankert werden. Nicht nur nicht mehr lieferbare, sondern auch nicht mehr dem Stand des technisch Möglichen entsprechende Produkte müssen gestrichen werden, denn viele Krankenkassen nutzen die Untergrenze des Hilfsmittelverzeichnisses als Ausschreibungsgrundlage. Daher sollte die Kann-Regelung zum Einbezug medizinischer Fachgesellschaften und Sachverständigen aus Wissenschaft und Technik eine „Muss“-Regelung sein.

Das Mitberatungsrecht der anerkannten Patientenorganisationen nach 140f SGB V bei der Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses und der Festlegung von Festbeträgen muss gestärkt werden. Patientenorganisationen müssen frühzeitig beteiligt werden und – unter Wahrung der Vertraulichkeit – Einblick in die Beratungsunterlagen erhalten.

3. Unsere Erfahrungen zeigen leider, dass die europaweite Zertifizierung von Medizinprodukten unzureichend ist. Trotz Bestätigung durch eine anerkannte Prüfstelle werden Standards und Normen nicht eingehalten. Als Folge passen beispielsweise Atemtherapiegeräte und Masken unterschiedlicher Hersteller nicht zusammen, obwohl beide dieselbe Norm angeben. Solange das System auf europäischer Ebene nicht verbessert wird, muss der GKV-SV die Normeinhaltung nachmessen.
4. Das Recht auf vollen Behinderungsausgleich muss durchgesetzt werden. Wir begrüßen daher die möglichen Sanktionen gegen Leistungserbringer, die aufzahlungsfreie Hilfsmittel nicht anbieten oder den vollen Behinderungsausgleich nur gegen Mehrkosten leisten (z. B. bei Hörgeräten). Gleiches gilt auch, wenn Sanitätshäuser den ärztlich festgestellten Bedarf (z. B. sieben Inkontinenzprodukte pro Tag) einfach an ihre Versorgungsstandards (fünf Inkontinenzprodukte pro Tag) anpassen. Bei angepassten Hilfsmitteln, wie Rollstühlen, sollten die Krankenkassen erst die volle Summe bezahlen, wenn das Hilfsmittel passt.

Gegenüber den Krankenkassen muss das Recht auf vollen Behinderungsausgleich auch durchgesetzt werden. Bisher übergeben die Krankenkassen mit Festbeträgen und Versorgungspauschalen die Verantwortung, den Patienten bedarfsgerecht zu versorgen, an die Leistungserbringer. Der Patient kann seine Rechte aber nicht gegen den Leistungserbringer durchsetzen, sondern hat nur Ansprüche gegen die Krankenkasse.

5. Die Transparenz über Vertragspartner und zentrale Vertragsinhalte ermöglicht einen bewussten Kassenwechsel und ist ein erster Schritt in Richtung Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen. Um wirklichen Qualitätswettbewerb zu schaffen, muss Transparenz über die vereinbarten Qualitätskriterien und die Mehrkostenvereinbarungen geschaffen werden. Als wesentliche Inhalte der Verträge müssen neben dem Vertragsgegenstand und den Vertragsinhalten die Qualitätskriterien für die jeweiligen mehrkostenfreien Hilfsmittel sowie der Anteil und die durchschnittliche Höhe der Mehrkostenvereinbarungen je Produktgruppe veröffentlicht werden.
6. Das Mehr-Partner-Modell muss verpflichtend werden. Nur so kann es zu einem Wettbewerb der Leistungserbringer um gute Versorgung kommen.
7. Auch für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungsmitteln mit hohem Dienstleistungsanteil (aktuell § 127 Abs. 1 Satz 4, HHVG Satz 5) braucht es verbesserte Regelungen. Mit der Streichung „in der Re-

gel“ ist sicherzustellen, dass in diesen Fällen keine Ausschreibungen zu erfolgen haben. Die Rechtsaufsicht muss eingreifen, wenn Krankenkassen für diese Hilfsmittel Versorgungsverträge ausschreiben.

Bei Hilfsmitteln mit einem hohen Dienstleistungsanteil, wie Stomaversorgung, muss es Wahlfreiheit zwischen den Leistungserbringern geben. Solch eine intime Dienstleistung kann nicht durch die Krankenkasse vorgegeben und nach Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten alle zwei Jahre ausgetauscht werden. Auch bei der Inkontinenzversorgung ist ein Vertrauensverhältnis wichtig, das von zentralen Verteilerdepots nicht geschaffen werden kann. Dienstleistung und Produkt könnten getrennt werden.

Bei individuell angefertigten Hilfsmitteln muss es vertragliche Regelungen geben, wie eine notwendige Neuversorgung im laufenden Vertragszeitraum finanziert wird, zum Beispiel bei Gewichtsverlust von Rollstuhlfahrern. Dies muss auch den Patienten transparent gemacht werden.

Unabhängige Beratung

Patienten brauchen eine Beratung, die von finanziellen Interessen unabhängig ist. Sie darf weder von der Krankenkasse noch von dem Leistungserbringer, also dem Sanitätshaus oder dem Hersteller, erbracht werden. Eine individuelle, passgenaue Hilfsmittelversorgung setzt eine qualifizierte Beratung voraus. Vor allem für angepasste Hilfsmittel, wie Prothesen, Rollstühle oder Beatmungsmasken, braucht es Spezialwissen. Es ist sicherzustellen, dass Kranken- und Pflegekassen sowie die öffentliche Hand unabhängige Hilfsmittelberatungsstellen finanzieren. Sie können bei gemeinnützig tätigen Organisationen, bei öffentlichen Körperschaften oder auch bei privatwirtschaftlich tätigen Institutionen angesiedelt sein. Für seltene und individuell anzupassende Hilfsmittel sollten spezielle Berater aufsuchende Beratung anbieten. Für häufige, nicht angepasste Hilfsmittel, wie Windeln und Rollatoren, muss die Beratung wohnortnah und niedrigschwellig erfolgen. Die Information in der Praxissoftware ist ein wichtiger Schritt, der leider erst 2018 umgesetzt wird. Medizinische Fachangestellte oder Pflegekräfte können den Arzt bei der Beratung zu Hilfsmitteln unterstützen. Diese und weitere Varianten von Hilfsmittelfachberatung könnten im Rahmen von Modellprojekten erprobt werden.

Solange der MDK die Krankenkassen bei der Bewilligung berät, kann er nicht gleichzeitig die Patienten unabhängig beraten. So sah der MDK 2015 nur in 44,7 % seiner versichertenbezogenen Stellungnahmen zu Hilfsmitteln die Medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung erfüllt, dieser Wert sinkt kontinuierlich.

Der MDK unterstützt die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung. Bei Spezialfragen sollten die Krankenkassen auch externe Hilfsmittelberater zu ihrer Unterstützung heranziehen dürfen. Das ist bisher zwischen Landes- und Bundesunmittelbaren Kassen unterschiedlich.

Zuzahlungen

Für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel muss klargestellt werden, dass die Zuzahlung nur einmal fällig wird. Neuerdings leasen Krankenkassen große Hilfsmittel und stellen den Versicherten eine Zuzahlung von 10 Euro zur monatlichen Leasinggebühr in Rechnung.

Nicht nachvollziehbar ist, dass Versicherte für Hilfsmittel nach dem SGB V eine Zuzahlung von höchstens 10 Euro, für Pflegehilfsmittel nach dem SGB XI aber eine Zuzahlung von bis zu 25 Euro leisten müssen, da es sich in den meisten Fällen um gleiche Produkte handelt. Die Differenzierung in Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel findet lediglich über die Definition der Zielsetzung statt. Der Zuzahlungsbetrag für Pflegehilfsmittel nach dem SGB XI ist auf höchstens 10 Euro zu begrenzen.

4. Wundversorgung und Verbandmaterial

Der G-BA erhält den Auftrag, in der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege einen eigenen Abschnitt zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden zu schaffen. Diese soll auch in Wundzentren erfolgen können. Das notwendige Verbandmaterial soll von den Krankenkassen erstattet werden. Bisher gibt es dort Uneinheitlichkeit. Neue Verbandmittel müssen sich einer Nutzenbewertung im G-BA unterziehen.

Informationen über die Verordnungsfähigkeit von Verbandmaterial und die Kosten sind in der Praxissoftware aufzunehmen.

Es wird klargestellt, dass das Bereithalten von Verbandmaterial in der Praxis oder die Überlassung von Behandlungsräumen eine unzulässige Zusammenarbeit nach §128 SGB V darstellt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen die neue Definition von Verbandmitteln, die dem medizinischen Fortschritt Rechnung trägt. Bisher mussten Patienten notwendige, moderne Verbandmaterialien und das Material für Kompressionsbandagen häufig selber zahlen.

Die Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen darf nicht sinnvolle Zusammenarbeit und integrierte Versorgung behindern.

5. Patientenbeteiligung

Die Organisationen der Patientenbeteiligung erhalten für ihren Koordinierungsaufwand pro Jahr 50 Euro für jeden neu für ein Gremium benannten Patientenvertreter. Dies gilt für alle Ebenen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Patientenvertretung bedeutet weit mehr Aufwand als nur die Sitzungsteilnahme. Wir begrüßen sehr, dass dies nun anerkannt werden soll. Im Übrigen verweisen wir auf die gemeinsame Stellungnahme der für die Wahrung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen zum § 140f.

Die Regelungen zu Verdienstaufschlag und Koordinierungsaufwand müssen auch für die Pflegebedürftigenvertretung im SGB XI gelten. Aufgrund von steigenden Aufgaben, speziell im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes II, ist es zu einer Vielzahl von Mitberatungsaufgaben gekommen, die ehrenamtlich nicht mehr bewältigt werden können.

Auch hat die Koordination der Pflegebedürftigenvertretung inzwischen mindestens den Umfang einer Halbtagsstelle angenommen. Das kann auf Dauer nicht aus den Beiträgen des koordinierenden Verbandes, derzeit des VdK, finanziert werden.

6. Schutz der Sozialdaten

Der GKV-SV soll eine Richtlinie zum Schutz der Sozialdaten bei Telefon- und Internetkontakten mit den Versicherten erarbeiten.

In letzter Zeit hatten sich Journalisten mit fremden Krankenversicherungskarten Zugang zu den Versichertendaten verschafft.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir begrüßen grundsätzlich den besseren Schutz der Sozialdaten. Das Verfahren muss aber so ausgestaltet sein, dass es auch noch genutzt werden kann. Eine zusätzliche PIN, wie sie auch bei der eGK vorgesehen ist, können sich nicht nur ältere Menschen nicht merken.