

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik
Reinoldistraße 7-9 · 44135 Dortmund



Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221
Rochusstr. 1
53123 Bonn
Per E-Mail an 221@bmg.bund.de

Ihr Ansprechpartner: Norbert Stein
Telefon: +49 231 557050-11
Telefax: +49 231 557050-40
E-Mail: info@biv-ot.org
Unser Zeichen: st/gr
Datum: 11. Juli 2016

Stellungnahme des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) begrüßt die Intention des Gesetzentwurfes, die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken und die Rahmenbedingungen für die Gewährleistung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung weiterzuentwickeln. Zu dem vorliegenden Referentenentwurf haben wir jedoch noch eine Reihe von Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen. Dazu machen wir im Einzelnen folgende Anmerkungen:

Artikel 1, Ziffer 9, § 126 SGB V:

Der BIV-OT begrüßt grundsätzlich die Änderungen im § 126 Absatz 1a und Absatz 2 SGB V. Es ist sicherlich zielführend, dass eine unabhängige Organisation die Überwachung der PQ-Stellen durchführt.

Im § 126 Absatz 1a Satz 2 bisheriger Fassung wird zudem geregelt, dass auch die Leistungserbringerverbände mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nähere Einzelheiten des Präqualifizierungsverfahrens festlegen. Dazu ist bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen der „Beirat“ mit Leistungserbringerverbänden eingerichtet worden. Grundsätzlich hat sich dieses Beratungsgremium bewährt. Es sollte daher auch in die Neuregelung übernommen werden bzw. bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Klärung von Zweifelsfragen bei der Präqualifizierung erhalten bleiben.

Zudem ist das in der Begründung zum Referentenentwurf aufgestellte Verbot der wirtschaftlichen, personellen oder auch organisatorischen Verflechtung von PQ-Stellen mit Leistungserbringern und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern rechtlich nicht begründet. Zumindest müsste bei einem Verbot für die Leistungserbringer auch eine Verbindung von PQ-Stellen mit Krankenkassen oder ihren Verbänden untersagt werden.

...

Artikel 1, Ziffer 19, § 127 SGB V:

Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V:

Der BIV-OT begrüßt es grundsätzlich, dass die Krankenkassen sicherstellen sollen, dass die Qualität der Hilfsmittel, die Beratung der Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen durch Ausschreibungsgewinner sichergestellt werden müssen.

Der BIV-OT ist jedoch der Auffassung, dass Ausschreibungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung generell nicht geeignet sind, da sie die Versorgungsqualität der Patienten verschlechtern, die Patienten mit wirtschaftlichen Aufzählungen belasten und die Patienten zudem keinen Leistungserbringer ihres Vertrauens aufsuchen können. Dies gilt insbesondere für die Versorgung mit individuell hergestellt oder angepassten Hilfsmitteln. Die Regelung im bisherigen § 127 Absatz 1 Satz 5 SGB V, nach der Ausschreibungen für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder für Versorgungsleistungen mit hohem Dienstleistungsanteil in der Regel nicht zweckmäßig sind, ist nicht ausreichend.

Die Entwicklung, insbesondere der letzten Monate, hat gezeigt, dass Krankenkassen sich zunehmend über diese Gesetzesformulierung hinwegsetzen und auch Ausschreibungen im Bereich der individuell hergestellten Hilfsmittel und der Hilfsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil vornehmen. Die entsprechenden Empfehlungen, die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Leistungserbringerverbände zur Ausgestaltung des § 127 Absatz 1 Satz 5 SGB V vorgenommen worden sind, haben als Empfehlung keine bindende Wirkung für die Krankenkassen. Diese setzen sich hierüber hinweg.

Deshalb muss nach Auffassung des BIV-OT im Gesetz klargestellt werden, dass für individuell hergestellte Hilfsmittel oder Hilfsmittel mit hohem Dienstleistungsanteil Ausschreibungen nicht geeignet sind. Die Formulierung „in der Regel“ soll daher gestrichen werden. § 127 Absatz 1 Satz 5 SGB V soll daher wie folgt gefasst werden:

„Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungsleistungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen nicht zweckmäßig.“

Der Neuregelung im **§ 127 Absatz 1b**, nach der festgelegt wird, dass bei Ausschreibungen nicht der Preis das alleinige Zuschlagskriterium sein darf, stimmt der BIV-OT ausdrücklich zu. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass die Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, entsprechend definiert werden. Hierzu ist eine entsprechende Ergänzung der Produktgruppen und -untergruppen des Hilfsmittelverzeichnis notwendig.

Hierzu soll nach dem neugefassten **§ 127 Absatz 5b** der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung abgeben, in denen insbesondere Regelungen zum Umfang der Stichproben in den jeweiligen Produktbereichen und zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten getroffen werden und in denen geregelt wird, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind. Einer solchen Regelung stimmt der BIV-OT grundsätzlich zu. Wir sind jedoch der Auffassung, dass „Empfehlungen“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht ausreichen. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass Empfehlungen von den einzelnen Krankenkassen zunehmend nicht mehr beachtet und umgesetzt werden. Statt „Empfehlungen“ sollten für die Krankenkassen und die Leistungserbringer

verbindliche Regelungen im Gesetz festgeschrieben werden. Man könnte daher statt von Rahmenempfehlungen von „Umsetzungshinweisen“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sprechen, die für die Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich sind.

§ 127 Absatz 4a SGB V, Beratungspflichten der Leistungserbringer:

Der BIV-OT begrüßt grundsätzlich, dass die Leistungserbringer die Versicherten über die Hilfsmittelversorgung beraten können und sollen. Eine derartige Beratungsverpflichtung darf aber nicht zu einer Steigerung des Verwaltungsaufwandes für die Leistungserbringer führen. Hierbei ist zu beachten, dass die Gesundheitshandwerke entsprechende Regelungen bereits in einer Vielzahl von Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen nach § 127 Absatz 2 SGB V umgesetzt haben. Daher sollte auf diese vertraglichen Regelungen zurückgegriffen werden.

Ferner ist klarzustellen, dass bei fehlender oder unzureichender Dokumentation der Beratung die Leistungserbringer Heilungs- und Korrekturmöglichkeiten haben, da einige gesetzliche Krankenkassen den vollständigen Vergütungsanspruch bei den Leistungserbringern streichen, wenn nur marginale Formfehler begangen wurden.

Mit Blick auf den durch die neuen Beratungspflichten zu erwartenden zusätzlichen Zeit- und Personalaufwand sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den gesetzlichen Krankenkassen sollte für die Anwendbarkeit der Regelung ein Mindestwert des Hilfsmittels bzw. der Dienstleistung von 300 Euro eingeführt werden.

§ 127 Absatz 4a SGB V wäre demnach wie folgt zu fassen:

„Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und medizinisch notwendig sind. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 in einem mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den maßgeblichen Leistungserbringerorganisationen auszuhandelnden Formular schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Die fehlende oder unzureichende Dokumentation gemäß Satz 2 kann nachgeholt werden und berechtigt die Krankenkassen nicht zu Abrechnungsbeanstandungen und Absetzungen gegenüber den Leistungserbringern. Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 5 sind die Versicherten auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Die Sätze 1 bis 5 finden keine Anwendung bei Hilfsmittelversorgungen von einem Wert unter 300 Euro (Endpreis § 33 Absatz 1 SGB V) oder bei Unterschreiten der mit den Krankenkassen vereinbarten vertraglichen Genehmigungsfreigrenzen.“

Artikel 1, Ziffer 10, § 127 Absatz 5a SGB V, Stichproben und Auffälligkeitsprüfungen:

Der BIV-OT stimmt grundsätzlich zu, dass die Krankenkassen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer stichprobenartig überprüfen können. Dazu können die Krankenkassen sicherlich die Abrechnungsvorgänge und auch die Bescheinigungen über die Beratung der Versicherten durch die Leistungserbringer erhalten. Wir sehen jedoch keine Verpflichtung der Leistungserbringer, die personenbezogenen Dokumentationen über den Verlauf der Versorgung der einzelnen

Versicherten vorzulegen. Auch die Einwilligung der Versicherten in diese Vorlage der Dokumentationen rechtfertigt eine Weitergabe der Unterlagen nicht. Aus Datenschutzgründen ist auch bereits bei Weitergabe von Patienteninformationen durch die Betriebe an die Krankenkassen entschieden worden, dass diese Patientendaten für die Überprüfung nur dem MDK zugänglich gemacht werden dürfen und nicht den Sachbearbeitern der einzelnen Krankenkassen. Die gleiche Regelung würde hier greifen. Wenn überprüft werden soll, ob die Versorgung aus medizinischen und versorgungstechnischen Gründen angemessen ist, müsste hierzu der MDK eingeschaltet werden.

Artikel 1, Ziffer 14c, § 139 Absatz 7 SGB V:

Der BIV-OT begrüßt es, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Verfahrensordnung zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses beschließen soll. Dabei soll den für die Wahrung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vor der Beschlussfassung die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Hier sollte klargestellt werden, dass es sich hierbei nicht um ein reines „Anhörungsrecht“ handelt. Die vergangenen Jahre haben leider gezeigt, dass derartige Anhörungsrechte bei durchaus nachvollziehbaren und sachlich angemessenen Anmerkungen der Leistungserbringerverbände nicht zu einer Berücksichtigung der Einwände geführt haben. Wenn jetzt im Gesetzestext gesagt wird, dass die Stellungnahmen der Leistungserbringerverbände in die Entscheidung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einzubeziehen sind, sollte zumindest in der Begründung klargestellt werden, dass Entscheidungen gegen das Votum der maßgeblichen Leistungserbringerverbände nicht durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen getroffen werden können.

Der BIV-OT schlägt vor, ein paritätisch besetztes Gremium zu installieren, welches sich aus Vertretern der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und der Hersteller sowie der Patientenvertretungen unter der Leitung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zusammensetzt, welches die Aufgaben der Erstellung der Verfahrensordnung sowie der Neustrukturierung des Hilfsmittelverzeichnisses zu bearbeiten hat. Das Gremium hat gleichberechtigt zu Entscheidungen zu kommen und kann die Aufgaben nach Produktgruppen unterteilt an Facharbeitsgruppen delegieren.

Artikel 1, Ziffer 14e, § 139 Absatz 8 SGB V:

Der BIV-OT begrüßt es, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet wird, die Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses regelmäßig zu aktualisieren und fortzuschreiben. Wenn auch hier darauf hingewiesen wird, dass den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene in einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist und diese Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen sind, muss auch hier klargestellt werden, dass gegen den ausdrücklichen Widerspruch der Leistungserbringerverbände keine einseitigen Veränderungen des Hilfsmittelverzeichnisses durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorgenommen werden können. Das Gleiche gilt für die durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen einzuholenden Stellungnahmen von medizinischen Fachgesellschaften und Sachverständigen aus Wissenschaft und Technik. Auch diese sollten zwingend in die Entscheidungsfindung eingehen.

Artikel 1, Ziffer 17b und Ziffer 18, § 302 Absatz 1 SGB V sowie § 284 Absatz 1 Satz 1 Ziffer 17, Mehrkostenregelung:

Im § 302 Absatz 1 SGB V wird geregelt, dass die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nach § 33 Absatz 1 Satz 3 SGB V anzugeben ist. Damit ist die Mitteilung der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten eine abrechnungsbegründende Tatsache. Ohne diese Mitteilung können die Betriebe die Abrechnung mit den Krankenkassen nicht durchführen.

Durch die Mitteilung der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten wird in einen privatrechtlichen Vertrag zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer eingegriffen. Ob und inwieweit der Versicherte ein Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, mit der Folge der Aufzahlung wählt, ist seine privatautonome Entscheidung. Zudem haben die Krankenkassen keine Verpflichtung zugunsten ihrer Versicherten, deren Vermögensinteressen wahrzunehmen. Daher sehen wir im SGB V, auch nicht nach der Änderung im § 284 Absatz 1 Satz 1 Ziffer 17 SGB V, keine Ermächtigung der Krankenkassen, die Höhe der privat geleisteten Aufzahlungen der Versicherten beim Leistungserbringer zu erheben und zu nutzen. Vor allen Dingen darf die Abrechnung des Leistungserbringers bei Nichtvorlage der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten nicht zurückgewiesen werden. Der Versicherte kann der Weitergabe dieser Kosten an die Krankenkasse aus dem mit dem Leistungserbringer geschlossenen privatrechtlichen Vertrag widersprechen. Wenn gleichzeitig die Vorlage der Mehrkostenregelung eine abrechnungsbegründende Tatsache für die Leistungserbringer bei den Krankenkassen ist, könnte durch diese Weigerung des Versicherten die Abrechnung unmöglich gemacht werden.

Ein ausreichender Schutz vor einer durch den Leistungserbringer möglicherweise nicht erbrachten Aufklärung über aufzahlungsfreie Versorgung wird bereits durch § 127 Absatz 4a SGB V in der neuen Fassung gewährleistet. Danach sind die Versicherten in Form einer schriftlichen Dokumentation über die zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Außerdem ist eine derartige Informationspflicht bereits heute in einer Vielzahl von Verträgen der Leistungserbringer mit den Krankenkassen geregelt.

Die vorgesehene Änderung des § 302 Absatz 1 SGB V ist daher zu streichen.

Verfahrensvereinfachung/Änderung des § 127 Absatz 6 SGB V:

Der BIV-OT begrüßt es, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene gemeinsam Vereinbarungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln abgeben. Es hat sich jedoch gezeigt, dass derartige „Empfehlungen“ für die einzelnen Krankenkassen nicht bindend sind und von einer Reihe von Kassen demzufolge auch nicht umgesetzt werden. Regelungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln müssen daher sowohl für die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer verbindlich sein. Dies sollte im § 127 Absatz 6 SGB V entsprechend festgeschrieben werden. Eine Regelung kann wie folgt lauten:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene vereinbaren bindende Regelungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln. In diesen Vereinbarungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten

Inhalte getroffen werden. § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 verbindlich zugrunde zu legen.“

Regelung zu externen Hilfsmittelberatern/Änderung des § 275 Absatz 3 SGB V:

Der BIV-OT hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass der Einsatz sogenannter „externer Hilfsmittelberater“ durch die gesetzlichen Krankenkassen in der jetzigen Form nicht zulässig ist. Die externen Hilfsmittelberater werden durch die Krankenkassen direkt beauftragt und erhalten Zugang zu sensiblen Versichertendaten. Damit verstößt der Zugriff der externen Hilfsmittelberater auf diese Versichertendaten gegen das Datenschutzrecht. Dies hat auch bereits der Bundesdatenschutzbeauftragte zu Recht ausgeführt. Ebenfalls hat das Bundesversicherungsaufsichtsamt sich dafür ausgesprochen, externe Hilfsmittelberater nicht in die Überprüfung der Versorgungen direkt einzubeziehen.

In Einzelfällen können und sollen externe Hilfsmittelberater aber durchaus in die Beurteilung der technischen Versorgungen mit Hilfsmitteln einbezogen werden. Diese Einbeziehung soll jedoch nur durch den MDK erfolgen. Die Aufträge sind durch den MDK direkt den externen Hilfsmittelberatern ohne Eingreifen der Krankenkassen zu erteilen.

Daher sollte im SGB V geregelt werden, dass der Einsatz von externen Hilfsmittelberatern ausschließlich über den MDK erfolgt. § 275 Absatz 3, Ziffer 1 SGB V sollte daher wie folgt ergänzt werden:

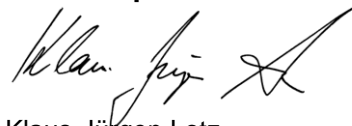
„Soweit im Einzelfall erforderlich, darf der Medizinische Dienst einen externen Hilfsmittelberater zur Prüfung heranziehen. Eine Beauftragung der externen Hilfsmittelberater über eine gesetzliche Krankenkasse ist ausgeschlossen.“

Der BIV-OT schließt sich darüber hinaus der gemeinsamen Stellungnahme des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks (ZDH) und der Verbände der Gesundheitshandwerke zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung an.

Für weitere Erläuterungen stehen Vertreter des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik gern zur Verfügung.

Freundliche Grüße

**Bundesinnungsverband
für Orthopädie. Technik**



Klaus-Jürgen Lotz
Präsident



Ass. Norbert Stein
Geschäftsführer