

25. November 2016

FS/Pa

Stellungnahme

**anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit
des Deutschen Bundestages am 30. November 2016
zu den Vorlagen**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil-
und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)**

BT-Drucksache 18/10186

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

**Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur
Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen**

BT-Drucksache 18/8399

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen

BT-Drucksache 18/10247



1 Zu den Regelungen des Gesetzentwurfs

1.1 Einführung zu dem Gesetzentwurf

Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung steigen stetig. Dies ist nicht zuletzt auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel zurückzuführen. Eine Folge dieser Entwicklung ist die zunehmende Bedeutung von Heil- und Hilfsmitteln für die Gesundheitsversorgung. Der Gesetzgeber unternahm in den letzten Jahren eine Reihe von Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, um den steigenden Anforderungen zu begegnen. Im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung sieht er weiteren Handlungsbedarf. Mit dem Gesetzentwurf soll insbesondere die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln weiter gestärkt werden.

Der Entwurf regelt im Bereich der Heilmittelversorgung im Wesentlichen:

- die Abkopplung der Anbindung der Heilmittelpreise an die Grundlohnsumme für die Jahre 2017 bis 2019 sowie
- die bundesweite Einführung von Modellvorhaben der sogenannten "Blankoverordnung" für Heilmittelerbringer zur Erprobung einer Überführung in die Regelversorgung.

Im Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln sieht der Entwurf im Wesentlichen vor:

- Maßnahmen zur kontinuierlichen Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband),
- die Stärkung der Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung durch ein kontinuierliches Vertragscontrolling der Krankenkassen,
- die Vorgabe an die Krankenkassen, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen von Ausschreibungsverträgen zur Hilfsmittelversorgung neben dem Preis weitere Kriterien heranzuziehen,
- die Einräumung von Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln,
- den Abschluss von Versorgungsverträgen mit mehreren Leistungserbringern (sogenannte „Mehr-Partner-Modell“), sowie
- die Stärkung der Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten.

Schließlich sieht der Entwurf zur Stärkung der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung einen finanziellen Ausgleich für den Koordinierungsaufwand vor.

1.2 SoVD-Gesamtbewertung zu dem Gesetzentwurf

Steigende Ausgaben statt Leistungsverbesserung für die Versicherten

Im Bereich der Heilmittelversorgung ist mit der Abkopplung der Anbindung der Heilmittelpreise an die Grundlohnsumme keine Leistungsverbesserung für die Versicherten verbunden, sondern allein eine Stärkung der Verhandlungsposition der Heilmittelerbringer bei der Vergütungsverhandlung. Dies lässt ein weiteres Mal einen Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung befürchten, ohne die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend zu überdenken. Der SoVD bekräftigt daher seine Forderung nach einer sofortigen Rückkehr zur vollen paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie nach Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung. Langfristig lassen sich Defizite im Leistungsspektrum und die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung aus Sicht des SoVD nur durch die Einführung einer Bürgerversicherung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung lösen.

Erprobung der stärkeren Einbindung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung wird grundsätzlich begrüßt

Der SoVD begrüßt grundsätzlich die Bereitschaft des Gesetzgebers zur Erprobung einer stärkeren Einbindung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung in Form der sogenannte "Blankoverordnung". Hier sollte jedoch darauf geachtet werden, dass insbesondere die gesundheits- und teilhabebezogenen Versorgungsziele sowie die Versorgungsstrategie regelmäßig kommuniziert werden.

Pflicht zur Barrierefreiheit im Heilmittelbereich normieren

Der SoVD fordert eine gesetzliche Klarstellung in § 124 SGB V zur Barrierefreiheit im Heilmittelbereich. Derzeit sind Heilmittelerbringer nicht zur Barrierefreiheit verpflichtet. Es ist unerlässlich, dass ein barrierefreier Zugang seitens der Heilmittelerbringer sichergestellt werden muss.

Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist überfällig

Die Überprüfung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses ist längst überfällig. Es ist bedauerlich, dass es offenbar einer Fristsetzung bedarf, damit dem gesetzlichen Auftrag in absehbarer Zeit nachgekommen wird. Eine unregelmäßige Fortschreibung des Verzeichnisses schränkt die mit dem Verzeichnis gewünschte Transparenz erheblich ein. So sind dort etwa vielfach Hilfsmittel gelistet, die nicht mehr hergestellt oder vertrieben werden.

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen genügen nicht

Zur Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch die Hilfsmittelerbringer genügt eine bloße Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen nicht. Erforderlich sind weitergehende Maßnahmen wie etwa regelmäßige Überprüfungen des gesamten Versorgungsverfahrens.

Qualität als „anderes Kriterium“ bei der Ausschreibung zur Hilfsmittelversorgung genügt nicht

Aufgrund der zentralen Bedeutung der individuellen Anpassung von Hilfsmitteln im Rahmen der bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung hegt der SoVD nach wie vor große Bedenken gegen die grundsätzliche Eignung des Verfahrens der Ausschreibung im Hilfsmittelbereich. Ursächlich für die Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung ist nach Auffassung des SoVD insbesondere die vom Gesetzgeber gewählte, wettbewerblich ausgerichtete, vertragsbasierte Versorgungsform im Hilfsmittelbereich. Die vorgesehene Ausweitung der Zuschlagskriterien vermag daran nur wenig zu ändern. Qualität muss an erster Stelle stehen und darf nicht lediglich als „anderes Kriterium“ gewertet werden.

Wahlmöglichkeiten und „Mehr-Partner-Modell“

Im Lichte der Änderungen des GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wertet der SoVD die geplanten Wahlmöglichkeiten grundsätzlich als wichtigen ersten Schritt (zurück) in die richtige Richtung. Insbesondere das sogenannte "Mehr-Partner-Modell" lässt auf echte Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln hoffen.

Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten grundsätzlich stärken

Der SoVD begrüßt grundsätzlich die Intentionen des Gesetzgebers, die Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten sowie die Transparenz zwischen den Beteiligten der Hilfsmittelversorgung insgesamt zu stärken. Allerdings bleibt zu bezweifeln, dass damit eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Beratung sichergestellt werden kann. Es besteht die Gefahr einer vornehmlich angebotsorientierten Beratung. Vor diesem Hintergrund fordert der SoVD eine anbieterunabhängige Hilfsmittelberatung.

Beteiligung der Interessenvertretung im Hilfsmittelbereich konkretisieren

Es muss eine durchgehende Beteiligung der Interessenvertreter nach § 140 f SGB V in allen Bereichen der Hilfsmittelversorgung sichergestellt werden. Zugleich sollte das in der Patientenbeteiligungsverordnung geregelte Verfahren auch hinsichtlich der Legitimation der sachkundigen Personen bei den Beratungen nach § 140 f Absatz 4 SGB V geregelt werden. Insoweit ist § 140 f Absatz 4 SGB V zu konkretisieren.

Finanzielle Unterstützung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten ist unzureichend

Schließlich begrüßt der SoVD die Absichten des Gesetzgebers, die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten auch in finanzieller Hinsicht weiter zu stärken. Er weist jedoch darauf hin, dass die in der Begründung des Gesetzentwurfs genannten Maßnahmen nicht den vollständigen Benennungsprozess abbilden, der im Zusammenhang mit Benennungen notwendig ist. Unter Berücksichtigung des gesamten Aufwands für Benennungen im unmittelbaren Zusammenhang mit Sitzungen des Koordinierungsausschusses muss von einem Mindestbetrag in Höhe von 120 Euro pro benannter Person ausgegangen werden. Darüber hinaus entsteht den Patientenorganisationen im weiteren Zusammenhang mit dem Benennungsprozess (Benennungsprozess im weiteren Sinn) zusätzlicher, bislang nicht refinanzierter Aufwand, der auch nicht durch die geplante Aufwandsentschädigung in Absatz 8 abgegolten wäre. Deshalb hält der SoVD zusätzlich zu dem pauschalen Betrag eine grundlegende strukturelle Stärkung der Patientenorganisationen für dringend erforderlich. Zudem setzt sich der SoVD für die Übertragung der Regelung des § 140 f Absatz 7 SGB V auf die Bundesebene ein. Auch fehlen entsprechende Regelungen für die Patientenbeteiligung in weiteren Institutionen.

1.3 Zu den Regelungen im Einzelnen

1.3.1 Abkopplung der Anbindung der Heilmittelpreise an die Grundlohnsumme

Zu Nummer 8 a) aa): § 125 Absatz 2 Satz 2 SGB V - neu -

Der Entwurf sieht vor, für die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Heilmittelerbringer die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität aufzuheben. Die bisherige Begrenzung der Vergütungsanhebungen im Heilmittelbereich, die an die Grundlohnsumme anknüpft, wird für die Jahre 2017 bis 2019 aufgehoben. Der Referentenentwurf sah noch eine vollständige Abschaffung der bisherigen Begrenzung der Vergütungsanhebungen im Heilmittelbereich vor. Ziel der Regelung sei eine Flexibilisierung des Systems der Preisfindung im Heilmittelbereich. Der Anstieg der ärztlichen Verordnungen von Heilmitteln in den letzten Jahren habe gezeigt, dass der Behandlungsbedarf insgesamt deutlich ansteige. Den Vertragspartnern müsse ermöglicht werden, die damit verbundenen Anforderungen an die Leistungserbringer in ihren Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen und Preisanpassungen auch oberhalb der Veränderungsrate zu vereinbaren.

SoVD-Bewertung: Mit der geplanten Abkopplung der Anbindung der Heilmittelpreise an die Grundlohnsumme und mit den sich daran anschließenden neuen Preisverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Heilmittelerbringer ist ein weiterer Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. Denn die Abkopplung ermöglicht es, Preisanpassungen auch oberhalb der Veränderungsrate zu vereinbaren. Steigende Ausgaben führen zu steigenden Zusatzbeiträgen und damit zu einer weiteren, einseitigen Belastung der Versicherten. Leistungsverbesserungen für die Versicherten sind mit der Abkoppelung nicht verbunden. Daran ändert auch die zeitliche Begrenzung der Abkopplung nichts. Der Gesetzgeber bleibt einer Lösung der finanziellen Schräglage weiterhin schuldig.

Vor diesem Hintergrund bekräftigt der SoVD daher seine Forderung nach einer sofortigen Rückkehr zur vollen paritätischen Finanzierung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie nach Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, wie beispielsweise eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Langfristig lassen sich Defizite im Leistungsspektrum und die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung aus Sicht des SoVD nur durch die Einführung einer Bürgerversicherung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung lösen.

1.3.2 Erprobung der stärkeren Einbindung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung

Zu Nummer 4: § 64 d SGB V - neu -

Der Entwurf sieht die Durchführung von Modellvorhaben der sogenannten "Blankverordnung" in jedem Bundesland und für Heilmittelerbringer vor. Ziel der Modellvorhaben sei die Erprobung einer stärkeren Einbindung der Heilmittelerbringer in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Bisher haben Vertragsärztinnen und Vertragsärzte alle heilmittelrelevanten Entscheidungen zu treffen. Bei der sogenannten "Blankverordnung" erfolgt zwar die Verordnung eines Heilmittels weiterhin durch eine Ärztin oder einen Arzt. Auf Grundlage der vertragsärztlichen festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung entscheidet jedoch der Heilmittelerbringer selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheit.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt grundsätzlich die Bereitschaft des Gesetzgebers, insgesamt den Versorgungsprozess durch eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weiterentwickeln zu wollen. Hierzu tragen auch Rückschlüsse aus Modellvorhaben bei. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD grundsätzlich die bundesweit durchzuführenden Modellvorhaben zur sogenannten "Blankverordnung" im Heilmittelbereich. Deren Ergebnisse werden bei der Beantwortung der Frage über eine stärkere Einbeziehung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung von Nutzen sein. Bei den vorgesehenen Modellvorhaben sollte jedoch darauf geachtet werden, dass insbesondere die gesundheits- und teilhabebezogenen Versorgungsziele ebenso wie etwa der Therapieverlauf und dessen Erfolg zur Überprüfung der Versorgungsstrategie regelmäßig kommuniziert werden.

Daneben fordert der SoVD ausdrücklich eine gesetzliche Klarstellung in § 124 SGB V zur strikten Barrierefreiheit im Heilmittelbereich. Heilmittelerbringer sind derzeit nicht zur Barrierefreiheit verpflichtet. Eine einzelne Stufe vor der Praxis etwa darf nicht zu einem faktischen Ausschluss von der Regelversorgung führen. Ein barrierefreier Zugang muss zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt werden.

1.3.3 Regelungen zur Gewährleistung der kontinuierlichen Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses

Zu Nummer 14 d) und e): § 139 Absatz 7 bis 11 SGB V - neu -

Der Entwurf verpflichtet den GKV-Spitzenverband, bis zum 31. Dezember 2018 sämtliche Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung zu

unterziehen und sie im erforderlichen Umfang fortzuschreiben. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband bis zum 31. Dezember 2017 eine Verfahrensordnung zu beschließen, die das nähere Verfahren der Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses regelt.

SoVD-Bewertung: Die Überprüfung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses ist längst überfällig! Bereits heute verpflichtet § 139 Absatz 8 Satz 1 SGB V in seiner bisherigen Fassung den GKV-Spitzenverband zur regelmäßigen Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses. Es ist bedauerlich, dass es einer Fristsetzung bedarf, damit diesem gesetzlichen Auftrag in absehbarer Zeit nachgekommen wird. Das Hilfsmittelverzeichnis hat grundsätzlich bei der Entscheidung in der Hilfsmittelversorgung eine wichtige Bedeutung. So soll es eine umfassende Produkttransparenz für Versicherte, Leistungserbringer, Vertragsärzte und Krankenkassen schaffen. Es soll grundsätzlich alle Hilfsmittel, die aufgrund ihrer Funktionstauglichkeit und ihres medizinischen Nutzens verordnungsfähig sind, einschließen und umfassende Informationen zur Leistungspflicht sowie zur Art und Qualität liefern. Zwar ist das Hilfsmittelverzeichnis im rechtlichen Sinne nicht bindend oder abschließend. Allerdings dient es als Auslegungs- und Orientierungshilfe und entfaltet eine marktsteuernde Wirkung (vgl. Bundessozialgericht, Urteil v. 30.08.2000 - Az: B 3 KR 21/99 R). Eine unregelmäßige Fortschreibung des Verzeichnisses schränkt die Transparenz hingegen ein. So sind dort etwa vielfach Hilfsmittel gelistet, die nicht mehr hergestellt oder vertrieben werden. Um eine Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses in absehbarer Zeit zu gewährleisten, wird die Fristsetzung als Mittel daher grundsätzlich begrüßt. In diesem Zusammenhang begrüßt der SoVD als weitere Maßnahme die vorgesehene, jährliche Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands über die im Berichtszeitraum erfolgten sowie über die begonnenen, aber noch nicht abgeschlossenen Fortschreibungen gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages.

Ebenfalls begrüßt der SoVD, dass der GKV-Spitzenverband gehalten ist, möglichst in allen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses besondere Qualitätsanforderungen zu formulieren. Bei der Ausgestaltung sollten jedoch zwingend alle an der Hilfsmittelversorgung Beteiligten, darunter insbesondere die zur Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, einbezogen werden.

1.3.4 Vertragscontrolling der Krankenkassen

Zu Nummer 10 e): § 127 Absatz 5a und 5 b SGB V - neu -

Weiter sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, bei Verträgen zur Hilfsmittelversorgung die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten

durch die Leistungserbringer zu überwachen. Dazu sollen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchführen. Entsprechend werden die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen die für die Prüfung erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, Empfehlungen zur Ausgestaltung der Überwachung zu geben.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehenen Regelungen zur Einhaltung vertraglicher und gesetzlicher Pflichten durch die Leistungserbringer bleiben hinter den Erwartungen zurück. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung genügt eine Überwachung der Einhaltung der Hilfsmittelversorgung allein durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen nicht. Erforderlich sind vielmehr regelmäßige Überprüfungen des gesamten Versorgungsverfahrens und die Förderung einer stärkeren Zusammenarbeit sowie einer Selbstreflexion aller an der Hilfsmittelversorgung Beteiligten, um Qualitäts- und Versorgungsdefizite aufzudecken und künftig zu vermeiden.

1.3.5 Weitere Kriterien bei der Ausschreibung zur Hilfsmittelversorgung

Zu Nummer 10 b): § 127 Absatz 1b SGB V - neu -

Der Entwurf sieht Regelungen vor, wonach den Krankenkassen vorgegeben wird, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen von Ausschreibungsverträgen zur Hilfsmittelversorgung neben dem Preis auch andere Kriterien, wie 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 sowie Betriebs- und Lebenszykluskosten heranzuziehen. Die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht die Kosten oder den Preis betreffen, dürfe 40 Prozent nicht unterschreiten.

SoVD-Bewertung: Der SoVD erkennt die mit der Regelung verfolgten Bestrebungen des Gesetzgebers zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Hilfsmittelbereich an. Ursächlich für die Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung ist jedoch nach Auffassung des SoVD insbesondere die vom Gesetzgeber gewählte, wettbewerblich ausgerichtete, vertragsbasierte Versorgungsform im Hilfsmittelbereich.

Aufgrund der zentralen Bedeutung der individuellen Anpassung von Hilfsmitteln im Rahmen der bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung hegt der SoVD nach wie vor große Bedenken gegen die grundsätzliche Eignung des Verfahrens der Ausschreibung im Hilfsmittelbereich. Ziel der Hilfsmittelversorgung ist es, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Der Versicherte hat insoweit einen Anspruch auf eine "im Einzelfall" erforderliche Versorgung mit Hilfsmitteln, einschließlich dessen Anpassung und Gebrauchsausbildung. Eine individuelle Anpassung ist gerade im Hilfsmittelbereich von zentraler Bedeutung. Dabei haben Qualität und Wirksamkeit

der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dies steht jedoch im Konflikt zu der Intention von Ausschreibungen. Sie zielen in erster Linie darauf ab, Leistungsangebote zu konzentrieren und Kosten zu senken. Der SoVD hat stets darauf hingewiesen, dass damit die große Gefahr qualitativer Verschlechterungen zulasten der anspruchsberechtigten Versicherten verbunden ist.

Diese Befürchtungen haben sich mittlerweile bewahrheitet: Mit der Einführung des Vertragsprinzips wurde allein der Preiswettbewerb im Bereich der Hilfsmittelversorgung gestärkt. Damit verbunden waren deutliche Verschlechterungen der Rechtsposition der Versicherten und eine Begrenzung der Wahlmöglichkeiten im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Die Versicherten können seitdem nicht mehr zwischen mehreren Hilfsmittelanbietern oder der für sie sachgerechteste Lösung wählen, sondern müssen sich auf den benannten Vertragspartner mit seinem Leistungsangebot beschränken. Vorgesehen war, dass die mit dem Preiswettbewerb verbundenen Kosteneinsparungen nicht zu Lasten der Versorgungsqualität gehen sollten, weshalb zeitgleich Vorschriften zur Struktur- sowie zur Produkt- und Prozessqualität der Hilfsmittelversorgung eingeführt wurden. Nunmehr stellt auch der Gesetzgeber Qualitätsdefizite im Hilfsmittelbereich fest. Der SoVD fordert daher ein Umdenken in der Ausgestaltung des Versorgungsverfahrens im Hilfsmittelbereich. Die vorgesehene Ausweitung der Zuschlagskriterien vermag an den Qualitätsdefiziten nur wenig zu ändern. Qualität muss an erster Stelle stehen und darf nicht lediglich als „anderes Kriterium“ berücksichtigt werden.

Unklar ist des Weiteren die Berechnungsgrundlage für die im Entwurf genannte Gewichtung der neben dem Preis vorgesehenen Zuschlagskriterien. Die der Gewichtung zugrunde liegenden Erwägungen und Erkenntnisse gilt es nachvollziehbar und transparent für alle Beteiligten zu benennen und zu gestalten.

1.3.6 Wahlmöglichkeiten

Zu Nummer 10 a): § 127 Absatz 1 Satz 2 und 4 SGB V - neu -

Der Entwurf gibt den Krankenkassen vor, auch bei Versorgungsleistungen, die im Wege von Ausschreibungsverträgen zustande gekommen sind, den Versicherten künftig Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln einzuräumen. Dies könne durch eine vertragliche Verpflichtung des Ausschreibungsgewinners erfolgen, eine Mindestanzahl von mehrkostenfreien Hilfsmitteln vorzuhalten. Daneben können die Krankenkassen künftig auch mit mehreren Leistungserbringern Verträge für jedes Los abschließen (sogenanntes "Mehr-Partner-Modell"), zwischen denen sie wiederum den Versicherten ein freies Wahlrecht einzuräumen haben.

SoVD-Bewertung: Seit der Einführung des § 33 Absatz 6 SGB V mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zum 1. April 2007 können Versicherte nicht mehr zwischen mehreren Hilfsmittelanbietern und die im individuellen Einzelfall

für sie sachgerechteste Lösung wählen, sondern müssen sich auf den benannten Vertragspartner mit seinem Leistungsangebot beschränken. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD grundsätzlich die Regelungen als wichtigen Schritt (zurück) in die richtige Richtung.

Allerdings sind weiterhin Qualitätsdefizite zu befürchten, soweit künftig der Ausschreibungsgewinner vertraglich verpflichtet werden sollte, eine Mindestanzahl von mehrkostenfreien Hilfsmitteln vorzuhalten. Vielversprechender ist demgegenüber das sogenannte "Mehr-Partner-Modell", das nicht nur einen Preis-, sondern auch einen Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern ermöglichen könnte.

1.3.7 Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten

Zu Nummer 10 c) und d): § 127 Absatz 4a und 5 SGB V - neu -

Der Entwurf sieht die Stärkung der Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten vor. Die Krankenkassen werden danach verpflichtet, ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Zugleich haben die Krankenkassen Informationen über die wesentlichen Vertragsinhalte auch den Versicherten anderer Krankenkassen im Internet zugänglich zu machen. Daneben wird den Leistungserbringern aufgegeben, die Versicherten zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Sachleistungen innerhalb des Sachleistungssystems für sie geeignet und medizinisch notwendig sind. Die Beratung sei schriftlich zu dokumentieren und durch den Versicherten zu bestätigen. Dies gelte auch für Fälle, in denen sich der Versicherte für eine Versorgung entscheidet, die zu Mehrkosten führt. Zur Stärkung der Transparenz in diesen Fällen, sind die Leistungserbringer künftig verpflichtet, auch die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten an die Krankenkassen mitzuteilen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt grundsätzlich die Intentionen des Gesetzgebers, die Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten sowie die Transparenz zwischen den Beteiligten der Hilfsmittelversorgung insgesamt zu stärken. Insbesondere bei Leistungen, die anstelle des gesetzlich vorgesehenen Regelfalls einer Sachleistung bei den Versicherten zu Mehrkosten führen, muss sichergestellt werden, dass dies auf einer informierten, abgewogenen Entscheidung des Versicherten beruht.

Soweit der Entwurf vorsieht, die Leistungserbringer zu verpflichten, die Versicherten über die Hilfsmittel und zusätzliche Sachleistungen innerhalb des Sachleistungssystems zu beraten, bleibt zu bezweifeln, dass eine bedarfsgerechte und unabhängige Beratung damit sichergestellt werden kann. Es besteht die Gefahr einer vornehmlich angebotsorientierten Beratung. Die Bedenken lassen sich auch nicht vollends durch eine Dokumentationspflicht beseitigen. Stattdessen fordert der SoVD eine anbieterunabhängige Hilfsmittelberatung.

1.3.8 Beteiligung der Interessenvertretung im Hilfsmittelbereich

Zu Nummer 15 a): § 140 f Absatz 4 SGB V - neu -

Mit der Ergänzung des § 140 f Absatz 4 SGB V ist eine Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten auch für die künftigen Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbands nach § 127 Absatz 5 b - neu - SGB V vorgesehen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt grundsätzlich die Berücksichtigung der Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten bei den künftigen Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 5b SGB V - neu -. Darüber hinaus muss jedoch eine durchgehende Beteiligung Betroffenenvertreter in allen Bereichen der Hilfsmittelversorgung sichergestellt werden. Zugleich sollte das in der Patientenbeteiligungsverordnung geregelte Verfahren auch hinsichtlich der Legitimation der sachkundigen Personen bei Beratungen nach § 140 f Absatz 4 SGB V gelten. Insofern ist § 140 f Absatz 4 SGB V zu konkretisieren und die hierfür erforderlichen Bedingungen zu schaffen.

1.3.9 Finanzielle Unterstützung der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten

Zu Nummer 15 b): § 140 f Absatz 8 SGB V - neu -

Mit dem Entwurf ist eine finanzielle Förderung der Koordinierungstätigkeiten der nach § 140 g SGB V genannten oder anerkannten Patientenorganisationen im Koordinierungsausschuss vorgesehen. Der Entwurf sieht einen Betrag in Höhe von jährlich 50 Euro für jede neu für ein Gremium benannte sachkundige Person vor. Der Anspruch richtet sich gegen das jeweilige Gremium, in dem die sachkundige Person tätig ist und ist über den gebildeten Koordinierungsausschuss geltend zu machen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Absichten des Gesetzgebers, die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten auch in finanzieller Hinsicht weiter zu stärken. Seit über zehn Jahren leisten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen einen wichtigen Beitrag im deutschen Gesundheitswesen und sorgen für mehr Transparenz und Patientenorientierung in der Selbstverwaltung.

Der SoVD weist jedoch darauf hin, dass die in der Begründung des Gesetzentwurfs genannten Maßnahmen nicht den vollständigen Benennungsprozess abbilden, der im Zusammenhang mit Benennungen notwendig ist. Der im Gesetzentwurf kalkulierte Betrag berücksichtigt daher nicht vollständig die im unmittelbaren Zusammenhang

mit den Sitzungen des Koordinierungsausschuss entstehenden Aufwendungen (Benennungsprozess im engeren Sinn). Unter Berücksichtigung des gesamten Aufwands für Benennungen im unmittelbaren Zusammenhang mit Sitzungen des Koordinierungsausschusses muss von einem Mindestbetrag in Höhe von 120 Euro pro benannter Person ausgegangen werden.

Darüber hinaus entsteht den Patientenorganisationen im weiteren Zusammenhang mit dem Benennungsprozess (Benennungsprozess im weiteren Sinn) zusätzlicher, bislang nicht refinanzierter Aufwand, der auch nicht durch die geplante Aufwandsentschädigung in Absatz 8 abgegolten wäre. Dies betrifft sowohl Aufwendungen im Vorfeld als auch im Anschluss an das Benennungsverfahren im engeren Sinn, wie beispielsweise Informations- und Werbungsprozesse zur Gewinnung weiterer Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sowie interne Kommunikations- und Meinungsbildungsprozesse. Dabei entsteht ein hoher Abstimmungsaufwand sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene sowie zwischen den Ländern und Ebenen. Deshalb hält der SoVD zusätzlich zu dem pauschalen Betrag eine grundlegende strukturelle Stärkung der Patientenorganisationen für dringend erforderlich.

Des Weiteren setzt sich der SoVD für die Übertragung der Regelung des § 140 f Absatz 7 SGB V auf die Bundesebene ein. Dieser sieht Regelungen zum Verdienstausschlag beziehungsweise Aufwandsentschädigungen für Koordinierungs- und Abstimmungstreffen sowie für Fortbildungen auf Landesebene vor. Daneben fehlen entsprechende Regelungen für die Patientenbeteiligung insbesondere beim Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und im Rahmen der Patientenbeteiligung nach § 135 Absatz 2 SGB V (Gemeinsamer Ausschuss Qualitätssicherung). Der § 140f Absatz 6 SGB V sollte entsprechend ergänzt werden. Der mit der vorgeschlagenen Regelung verbundene finanzielle Aufwand ist dabei überschaubar.

Der SoVD nutzt die Gelegenheit, um auf weitere begrüßenswerte Regelungen im Zusammenhang mit der Patienten- und Betroffenenvertretung aufmerksam zu machen. So ist etwa die vom Bundesrat angedachte Klarstellung des Umfangs der Kostentragungspflicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in § 279 Absatz 4a SGB V zum Schutz der Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten sinnvoll. Diese zielt auf eine instituts- und bundeslandunabhängige Gleichbehandlung aller Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter ab. Zudem steigen die Aufgaben der Betroffenenvertretung im Bereich der Pflege kontinuierlich an, weshalb mittelfristig für die Betroffenenvertretung im SGB XI ebenfalls Regelungen analog des § 140f SGB V gelten müssen.

2 Zu dem Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

2.1 Zusammenfassung der Anträge

Die Antragstellerinnen und Antragsteller betonen in ihrem Antrag "Versorgung durch Heilmittelerbringer stärken – Valide Datengrundlage zur Versorgung und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern schaffen" die Rolle der Heilmittelerbringer als wichtige Säule in der Gesundheitsversorgung. Allerdings sei die Datengrundlage zur Versorgungs- und Einkommenssituation von Heilmittelerbringern unzureichend. So wisse man derzeit beispielsweise nur wenig über deren regionale Verteilung, den Tätigkeitsort, die Versorgungsschwerpunkte und die Einkommensunterschiede in Abhängigkeit von Berufsstatus und Arbeitsverhältnis. Eine solide Datenbasis sei erforderlich, um Transparenz in diesem Berufsfeld zu erlangen um eine bessere Versorgungsplanung und ein transparentes und auskömmliches Vergütungssystem zu schaffen. Deshalb fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller innerhalb der Ressortforschung des Bundesministeriums für Gesundheit eine entsprechende Studie in Auftrag zu geben, die insbesondere auch die Entwicklung der letzten zehn Jahre näher beleuchten soll. Daneben fordern sie die Einberufung einer Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit und unter Beteiligung der Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Verbände der Heilmittelerbringer und des GKV-Spitzenverbands zur Diskussion, Fortentwicklung und Positionierung im Hinblick auf die Heilmittelerbringung in der deutschen Gesundheitsversorgung.

In ihrem Antrag "Versorgung verbessern – Kompetenzen von Heilmittelerbringern ausbauen" sprechen sich die Antragstellerinnen und Antragsteller des Weiteren für einen „mutigen“ Ausbau der Kompetenzen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sowie weiteren Heilmittelerbringern aus. Dazu gehöre die zügige Einführung der so genannten „Blankoverordnung“ in die Regelversorgung mit dem Ziel einer besseren Versorgungsqualität sowie einer wirtschaftlicheren Versorgung. Darüber hinaus wird die modellhafte Erprobung des „Direktzugangs“ angeregt. Bei diesem können die Patientinnen und Patienten sich direkt an den Heilmittelerbringer wenden, ohne dass eine vorherige Verordnung durch den Arzt erforderlich wäre. Vor diesem Hintergrund fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller einen Gesetzentwurf, durch den die so genannte „Blankoverordnung“ in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung überführt wird. Zudem sollen zügig die Voraussetzungen für Modellvorhaben zur Erprobung des „Direktzugangs“ im Heilmittelbereich geschaffen werden.

2.2 SoVD-Gesamtbewertung der Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Der SoVD stimmt mit den Antragstellerinnen und Antragstellern insoweit überein, als dass eine enge und abgestimmte Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Bereich der Gesundheitsversorgung für eine hohe Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten ausschlaggebend ist. Ziel einer jeden Weiterentwicklung im Gesundheitssystem muss eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten sein. Dies setzt solide Datenbestände voraus, auf deren Grundlage zukunftsfähige Versorgungsstrukturen (weiter-)entwickelt werden können.

Gleiches muss für Forderungen nach einer Überführung der so genannten „Blankoverordnung“ in die Regelversorgung gelten. Der Gesetzentwurf sieht hierfür Modellvorhaben in allen Bundesländern für die Erprobung der so genannten „Blankoverordnung“ vor. Deren Ergebnisse können eine verlässliche und breite Informationsgrundlage schaffen und bei der Beantwortung der Frage über eine stärkere Einbeziehung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung von Nutzen sein. Bei den vorgesehenen Modellvorhaben sollte jedoch darauf geachtet werden, dass insbesondere die gesundheits- und teilhabebezogenen Versorgungsziele ebenso wie etwa der Therapieverlauf und dessen Erfolg zur Überprüfung der Versorgungsstrategie regelmäßig kommuniziert werden.

Soweit die Antragstellerinnen und Antragsteller zudem die zügige Schaffung der Voraussetzungen für Modellvorhaben zur Erprobung des "Direktvorgangs" im Heilmittelbereich fordern, ist dies jedoch nach Ansicht des SoVD der „zweite Schritt vor dem ersten“. Denn während die so genannte "Blankoverordnung" im Heilmittelbereich noch die Diagnose und Verordnung einer Behandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorsieht, geht das Versorgungsmodell des so genannten "Direktzugangs" im Heilmittelbereich noch einen Schritt weiter. Danach können Patientinnen und Patienten sich direkt an den Heilmittelerbringer wenden, ohne dass eine vorherige Verordnung durch den Arzt erforderlich wäre. Vor diesem Hintergrund sollten zunächst die Ergebnisse aus den Modellvorhaben der so genannten „Blankoverordnung“ abgewartet und ausgewertet werden, deren Ergebnisse sicherlich auch zur Beantwortung der Frage nach einem „Direktzugang“ im Heilmittelbereich von Nutzen sein werden.

3 Schlussbemerkungen

Im Bereich der Heilmittelversorgung sieht der Gesetzentwurf vornehmlich eine Stärkung der Positionen der Heilmittelerbringer vor, die mit keinen Leistungsverbesserungen für die Versicherten verbunden sind.

Im Hilfsmittelbereich hegt der SoVD nach wie vor große Bedenken gegen die grundsätzliche Eignung des Verfahrens der Ausschreibung im Hilfsmittelbereich. Für die Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung macht der SoVD insbesondere die vom Gesetzgeber gewählte, wettbewerblich ausgerichtete, vertragsbasierte Versorgungsform im Hilfsmittelbereich verantwortlich.

Im Hinblick auf die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten begrüßt der SoVD die in dem Gesetzentwurf zum Ausdruck kommende Absichten des Gesetzgebers, die Patientenvertretung in finanzieller Hinsicht weiter zu stärken. Mittelfristig sind jedoch, über pauschale Beträge hinaus, grundlegende strukturelle Stärkungen der Patienten- und Betroffenenvertretung dringend erforderlich.

Berlin, 25. November 2016

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik