



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
für den
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Heil- und Hilfsmittelversorgung**

(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

Stand 12.07.2016

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 1: Verträge	10
§ 127 SGB V Absatz 1b: Verträge	11
§ 127 SGB V Absatz 5a (neu): Verträge	13
§ 139 SGB V Absatz 4: Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln	14
§ 139 SGB V Absatz 8: Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln	16
§ 305 SGB V Absatz 3: Auskünfte an Versicherte	17

Grundsätzliche Anmerkungen

1. Hilfsmittelversorgung

Der Referentenentwurf 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 Referentenentwurfes ist es, die Qualität der Hilfsmittelversorgung dauerhaft und nachhaltig zu verbessern. Dies lässt sich aber nur erreichen, wenn Möglichkeiten gefunden werden, wie die Krankenkassen sich im Sinne eines Fehlermanagements über Auffälligkeiten als Ergebnisse von Stichprobenprüfungen austauschen können. Indem das aber im Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist, besteht die Gefahr, dass die Neuregelungen im Sande verlaufen.

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 reicht hier jedoch nicht aus. Mit der Meldung muss seitens des GKV-Spitzenverbandes eine automatische Prüfung erfolgen, inwieweit der Hersteller die Voraussetzungen für die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis noch erfüllt.

Mit dem Referentenentwurf verpasst es der Gesetzgeber zudem, die rechtliche Legitimation der externen Hilfsmittelberater gesetzlich zu fixieren. Die Zulässigkeit externer Hilfsmittelberater ist belegt. Trotzdem bestehen seitens des Bundesversicherungsamtes immer noch Zweifel. Deshalb empfehlen die Innungskrankenkassen eine eindeutige gesetzliche Regelung, welche für alle Beteiligte Klarheit schafft.

2. Heilmittelversorgung

Mit dem Referentenentwurf 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 Referentenentwurfs ohne abschließende vorherige Evaluation der bestehenden Modelle halten die Innungskrankenkassen jedoch nicht für zielführend, da verfrüht. Erst sollten die Ergebnisse der laufenden Modelle abgewartet werden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. 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 anhand der Abkauf-raten 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 sollen kassenartenübergreifende Modellvorhaben zur Erprobung der sogenannten Blankoverordnung für alle entsprechend qualifizierten Heilmittelerbringer auch länderübergreifend eingeführt werden. Heilmittelerbringer dürfen damit neben der Regelversorgung innerhalb der Modellvorhaben eigenständig über Art und Dauer eines weiterhin vom Arzt verordneten Heilmittels entscheiden.

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 Referentenentwurf 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 Soll-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 Soll-Regelung neben einer Kann-Regelung und einer Erprobungsleistung neben einer Regelleistung umzugehen ist.

Des Weiteren wird mit der Einführung des § 64d eine Vertragsvielfalt provoziert, die zu einem immensen Arbeitsaufwand bei den Krankenkassen führen kann. Dies ist zum jetzigen Zeitpunkt aus Sicht der Innungskrankenkassen völlig ungerechtfertigt, da die laufenden Modellvorhaben noch nicht abgeschlossen sind. Die Anzahl möglicher Verträge, die nach § 64d erstellt werden, ist von den Heilmittelerbringern, ihren Berufsverbänden, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der sich daraus ergebenden Verhandlungskonstellationen abhängig. Aus dieser Überlegung lassen sich verschiedene Szenarien konstruieren. Würden zum Beispiel alle Landesverbände und Ersatzkassen mit den vier Heilmittelverbänden (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie) einheitliche Verträge schließen, würde sich eine Zahl von 64 Verträgen zur Erprobung der Blankoverordnung ergeben. Im umgekehrten Fall, d.h., wenn alle Verbände der Heilmittelerbringer einzeln mit verschiedenen multiplen Konstellationen aus Landesverbänden mit oder ohne Ersatzkassen Verträge schließen, wäre mit einer Zahl von ca. 300 Verträgen und Inhalten zum Thema Blankoverordnung zu rechnen.

Die entstehende Vertragsvielfalt verlangt Abstimmungserfordernisse in nicht unerheblichem Maße, denn wenn alle Landesverbände und alle Berufsverbände pro Heilmittelbereich unterschiedliche Modelle in multiplen Konstellationen erproben, führt dies letztlich zu einer Modell- und Methodenvielfalt. Darunter leidet in jedem Falle die Vergleichbarkeit. Dass es bei der Aufnahme von Leistungen in die Regelversorgung auf eine hohe Evidenz ankommt, wird hier scheinbar übersehen.

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 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. Hier bleibt 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). Zudem existieren aktuell keine Konzepte zum Umgang mit Blankoverordnungen, zum Qualifizierungsbedarf der Therapeuten und zur Vertragsgestaltung, die auch einer Mengenausweitung vorbeugt.

Evaluation

Zu der oben beschriebenen Anzahl an Neuverträgen addiert sich eine ebenso hohe Anzahl an Verträgen für die nach § 65 SGB V festgeschriebene Evaluation. Aktuell fehlt der Verweis auf die Verpflichtung zur Evaluation im § 64d noch. Voraussetzung für die Erfüllung des § 65 ist die Einbeziehung eines unabhängigen Sachverständigen in den zu erstellenden Bericht und dessen Publikation. Die nationalen und internationalen Erfahrungen mit der Blankoverordnung sind jedoch eher begrenzt, sodass allein die Gewinnung entsprechender unabhängiger Sachverständiger für die hohe Zahl an Verträgen schwierig wird. Die Kosten für die Evaluation laufen dann zu Lasten der Krankenkassen. Hinzu kommt, dass von den Landesaufsichtsbehörden entsprechende Konzepte zu Datenschutz und Forschungsdesign vorzulegen und zu genehmigen sind. Hier fehlt im Entwurfstext bisher der Verweis auf die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden.

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 verfrüht bewertet. 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 Neuauflage 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 Referentenentwurf 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 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 Referentenentwurf enthaltene Regelung bewerten die Innungskrankenkassen jedoch als eine staatlich verordnete Missachtung des § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot). 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 Ausgabensteigerungen, 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 Referentenentwurf zurückzustellen und die Vergütungsentwicklung im Jahr 2021 erneut zu betrachten. Alternativ schlagen sie eine Liberalisierung des Vertrags- bzw. Leistungswettbewerbs vor (Vergleich § 127 SGB V).

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10a

§ 127 SGB V Absatz 1: Verträge

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen mehreren Hilfsmitteln einräumen (vgl. § 33). Dabei sind verschiedene Vertragsmodelle, wie etwa das sogenannte Mehr-Partner-Modell, möglich. Die Krankenkassen haben dabei neben der hinreichenden Auswahl die Qualität der Hilfsmittel und auch die notwendige Beratung der Versicherten sicherzustellen. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen für die wohnortnahe Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln Sorge tragen.

Bewertung

Das Ziel des Gesetzgebers, die Versorgung mit Hilfsmitteln auch in strukturschwachen Gebieten sicherzustellen, begrüßen die Innungskrankenkassen sehr. Allerdings kann wohnortnahe Versorgung in Zeiten von Digitalisierung und Telematik nicht mehr in Metern gemessen werden. Eine wohnortnahe Versorgung in strukturschwachen Gebieten, das hat auch die Entwicklung in anderen Bereichen, wie etwa bei der Versorgung mit Arzneimitteln oder ärztlichen Leistungen, gezeigt, ist „vor Ort“ nur schwer zu gewährleisten. Wie lässt sich also wohnortnah definieren?

Änderungsvorschlag

Bitte um Prüfung und Konkretisierung.

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. 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-Leistungsverhältnis 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 vom Gesetzgeber mit dem Referentenentwurf angestoßene Qualitätsoffensive. Sie empfehlen dem Gesetzgeber dennoch zu prüfen, ob die ausdrückliche Einschränkung für die Erreichung des erstrebten Zieles geeignet, das mildeste Mittel zur Erreichung des Zweckes und 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

Bitte um Prüfung.

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.

Nach Einwilligung des Versicherten, ist der Leistungserbringer verpflichtet, die Daten für eine Prüfung zu übermitteln. Die Kassen sollen im Falle, dass die Prüfung entsprechende Ergebnisse erbringt, die notwendigen Konsequenzen ziehen.

Bewertung

Die Intension 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 die Begründung „Einzelfall“ den Konsequenzen entziehen. Hier wären eine Bündelung der Auffälligkeiten und ein entsprechender Informationsaustausch zwischen den Krankenkassen zielführender. Zudem halten die Innungskrankenkassen die Aufnahme eines Sanktionsverweises von Absatz 5a auf § 128 SGB V für sinnvoll.

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. 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 erfüllt oder wo 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 8: Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Beabsichtigte Neuregelung

Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, bis zum 1. Januar 2019 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 Bedeutungshöhe 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.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 305 SGB V Absatz 3: Auskünfte an Versicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aufgrund der Neuregelungen in § 127.

Bewertung

Die Verweise in der Folgeänderung sind unstimmgig.

Änderungsvorschlag

Der § 305 SGB V Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer einschließlich medizinische Versorgungszentren und Leistungserbringer in der besonderen Versorgung sowie über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der Informationen nach § 73 Abs. 8, § 127 Abs. 1 Satz 4 **und Absatz 4a**. Die Krankenkasse hat Versicherte vor deren Entscheidung über die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen in Wahltarifen nach § 53 Abs. 3 umfassend über darin erbrachte Leistungen und die beteiligten Leistungserbringer zu informieren. § 69 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“