

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 12. Juli 2016

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stär-
kung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(HHVG)

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung will der Gesetzgeber eine weitere Flexibilisierung der Preisfindung für Heilmittelleistungen erreichen und eine Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln, speziell im Hinblick auf die Qualität, vorantreiben.

Die im **Heilmittelbereich** vorgesehenen Änderungen bewerten die Betriebskrankenkassen als kritisch. Vor einer Ausweitung von Modellvorhaben im Heilmittelbereich, den sogenannten Blankoverordnungen für Heilmittelerbringer, sollten die Ergebnisse der laufenden Modellvorhaben abgewartet werden. Auf deren Basis kann über weitere Anpassungen im Heilmittelbereich diskutiert werden.

Die Entkopplung der Vergütung der Heilmittelerbringer von der Grundlohnsumme lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Hier gilt es, erst die Auswirkungen der jüngst eingeführten Heilmittelpreisuntergrenze abzuwarten. Die Betriebskrankenkassen plädieren dafür, an der Grundlohnrate als Richtwert und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich festzuhalten.

Die Zielsetzung des Referentenentwurfs eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der **Hilfsmittelversorgung** herbeizuführen, begrüßen die Betriebskrankenkassen. Das im Referentenentwurf vorgestellte neue Akkreditierungsverfahren der Präqualifizierungsstellen wird – abgesehen von ergänzendem Regelungsbedarf - grundsätzlich befürwortet.

Die Notwendigkeit für eine gesetzliche Regelung bezüglich einer hinreichenden Auswahl von Hilfsmitteln können die Betriebskrankenkassen aber nicht nachvollziehen. Hier sollte vielmehr konkretisiert werden, dass es sich um eine Auswahl von aufzahlungsfreien Hilfsmitteln handelt. Die vorgeschlagene Gewichtung der Kriterien im Rahmen der Auswahlentscheidung bei Hilfsmittelausschreibungen bewerten die Betriebskrankenkassen als widersprüchlich zum Wirtschaftlichkeitsprinzip. Qualitätsstandards sollten ausschließlich Gegenstand der Leistungsbeschreibung bleiben, um einen Qualitätswettbewerb zulasten des Wirtschaftlichkeitswettbewerbs zu vermeiden.

Eine **Aufwandsentschädigung der Patientenorganisationen** für die Benennung von Patientenvertretern stellt eine verdeckte Finanzierung von Patientenorganisationen dar und wird somit von den Betriebskrankenkassen abgelehnt.

Im Zusammenhang mit den vorgesehenen gesetzlichen Änderungen im Bereich der Hilfsmittel schlagen die Betriebskrankenkassen ferner eine Ausgliederung von **Blutteststreifen** aus dem

Regelungsregime der Arzneimittelversorgung und eine Verortung im Hilfsmittelbereich vor. Die Möglichkeit, die Versorgung mit Teststreifen in Hilfsmittelverträgen zu regeln, ermöglicht eine Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Folgenden werden die aufgeführten Punkte im Detail kommentiert.

II. Heilmittel

Modellvorhaben

Die Ausweitung der geltenden Regelung zu Modellvorhaben in § 63 Abs. 3b Satz 2 und 3 SGB V durch § 64d (neu) bewerten die Betriebskrankenkassen als kritisch. Derzeit werden auf der bestehenden gesetzlichen Grundlage bereits zwei Modellvorhaben durchgeführt. Ergebnisse liegen in beiden Fällen noch nicht vor. Die Betriebskrankenkassen halten es für verfrüht, über die bestehende Regelung in § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V hinaus Modellvorhaben zur sogenannten „Blankoverordnung“ auf alle Heilmittelbereiche und alle Bundesländer kassenartenübergreifend verpflichtend auszuweiten. Im Dezember letzten Jahres teilte die Bundesregierung in der Antwort auf die kleine Anfrage der Fraktion Die Linke (BT-Drs. 18/6794) mit, eine Bewertung der Ergebnisse der aktuell laufenden Modellvorhaben erst nach Vorliegen der Abschlussberichte vorzunehmen und erst dann zu prüfen, ob und inwieweit weitere Maßnahmen möglich und sinnvoll sind. Diese Einschätzung teilen die Betriebskrankenkassen.

Insbesondere wirft vorgesehene Möglichkeit, von den Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen, grundsätzliche Fragen auf. Die Heilmittelrichtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln und bildet den gesetzlichen Rahmen der Leistungspflicht der GKV. Eine flächendeckende Umgehung der Richtlinie im Rahmen der Modellvorhaben stellt deren Inhalte und damit die Maßgeblichkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses im Heilmittelbereich in Gänze in Frage. Dies stellt einen fragwürdigen Paradigmenwechsel dar. Ungeachtet dessen wäre ein Vergleich der Modellvorhaben mit der Regelversorgung kaum mehr möglich.

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens werden Vertragsärzte nicht mehr für Verordnungen in der Verantwortung stehen können, bei denen die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten in der Hand des Therapeuten liegt. Dies wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschiebung des Ordnungsschwerpunktes hin zur „Blankoverordnungen“ führen. Für eine eigenständige Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer enthält der Regelungsvorschlag jedoch keine Vorgaben.

Nicht zuletzt steht der mit der Einführung flächendeckender kassenartenübergreifender und alle Heilmittelbereiche umfassender Modellvorhaben verbundene personelle und finanzielle Aufwand nicht im Verhältnis zu einem möglichen Erkenntnisgewinn, zumal eine wissenschaftliche Evaluation nach dem Entwurf des § 64d (neu) nicht vorgesehen ist.

Grundlohnsummenentkopplung

Die Herausnahme des Heilmittelbereichs aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird abgelehnt. Der Heilmittelbereich verzeichnet im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen seit Jahren eine besonders intensive Ausgabendynamik, die einerseits durch soziodemographischen Mengenentwicklungen begründet ist, aber andererseits auch auf Struktureffekte und Vergütungsanhebungen zurückzuführen ist. Allein in den letzten 5 Jahren sind die Heilmittelausgaben um insgesamt 1,5 Mrd. € angestiegen. Dies entspricht einer Steigerung von mehr als 30%.

Die Heilmittel-Preise haben sich in diesem Zeitraum - gemessen an den Grundlohnraten der Jahre 2011 bis 2015 - im Schnitt um +2,5% jährlich erhöht. Dieser Anstieg liegt deutlich oberhalb der beobachteten Inflationsrate. Hinzu kommt ein in den Ausgabendaten zu beobachtender Trend zu höherpreisigen Leistungen und eine durch die Demographie bedingte deutlich höhere Inanspruchnahme von Heilmittelleistungen. Beide Effekte kommen den Heilmittelerbringern in Form höherer Praxisumsätzen zu Gute.

Die Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wurden bereits mit der in der 3. AMG-Novelle entfallenen Vorlagepflicht für Vergütungsvereinbarungen im Heilmittelbereich weitreichend flexibilisiert. Ungeachtet dessen sieht § 71 SGB V bereits jetzt schon eine flexible Anwendung der Grundlohnsummenbindung vor, wenn Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden können. Die Herausnahme des Heilmittelbereichs aus dem Geltungsbereich des § 71 SGB V schafft ein Präjudiz für andere Leistungsbereiche und bereitet den Boden dafür, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität insgesamt in Frage gestellt würde. Beitragssteigerungen sind dabei über höhere Zusatzbeiträge und Zuzahlungen allein von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu finanzieren. Überdurchschnittliche Vergütungssteigerungen bei Leistungserbringern bieten für die Patientinnen und Patienten hingegen keinen erkennbaren Mehrwert.

Vergütungsanhebungen für den Praxisinhaber führen nicht zwangsläufig zu steigenden Gehältern bei den in der Praxis angestellten Therapeutinnen und Therapeuten. Die Krankenkassen haben im Rahmen der Verträge keine Steuerungs- oder Durchgriffsmöglichkeiten hinsichtlich der Angestelltegehälter.

Krankenkassen und Heilmittelverbände benötigen für zielführende Vergütungsverhandlungen geeignete Leitplanken. Ohne diese wird auch eine Schiedsperson schwerlich eine für beide Seiten akzeptable Entscheidung treffen können. Die dadurch erforderliche stetige Bemühung des Rechtsweges dürfte einer vertragspartnerschaftlichen Zusammenarbeit von Krankenkassen und Heilmittelerbringerverbänden nachhaltig schaden.

Um die Vergütungen der Heilmittelerbringer anzuheben und Vergütungsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen abzubauen, wurden erst kürzlich mit dem GKV-

Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) Preisuntergrenzen für Heilmittel eingeführt. Diese bewirken absehbar deutliche Vergütungssteigerungen, für die bereits eine Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität gesetzlich festgelegt wurde. Die Abkopplung der Heilmittelvergütung von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen führt im Zusammenspiel mit den bereits eingeführten Heilmittelpreisuntergrenzen absehbar zu einer kontinuierlichen Preisschraube nach oben und damit für die Krankenkassen zu kaum noch planbaren Heilmittelausgaben. Der Effekt der Preisschraube ergibt sich dadurch, dass schon eine Vergütungsanhebung bei nur einem kassenseitigen Vertragspartner – auch nach einem Schiedsspruch – ausreicht, um automatisch auch die Vergütungen aller übrigen Vertragspartner deutlich - ausschließlich nach oben hin - anzupassen.

Vor Regelungen, die weitere Vergütungssteigerungen zum Gegenstand haben, sollten zunächst die Auswirkungen der jüngst eingeführten Heilmittelpreisuntergrenzen abgewartet werden. An der Grundlohnrate als Richtwert und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich sollte festgehalten werden.

III. Hilfsmittel

Akkreditierung von Präqualifizierungsstellen

Die vorgesehene Ablösung der bestehenden vertraglichen Lösung durch ein Akkreditierungsverfahren begrüßen die Betriebskrankenkassen grundsätzlich. Damit gehen nach dem aktuellen Entwurf jedoch unverzichtbare Regelungen verloren, die in der Neuregelung zu ergänzen sind:

a) Verbindlichkeit der Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V

Die Präqualifizierungsstellen müssen auch künftig an die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V gebunden sein, damit die inhaltlichen Eignungskriterien auch weiterhin einheitlich angewendet werden.

b) Datenlieferung

Die Präqualifizierungsstellen müssen auch weiterhin zur Lieferung von Daten über ausgestellte, eingeschränkte oder entzogene Zertifikate verpflichtet sein, damit die vorhandene Präqualifizierungsdatenbank des GKV-Spitzenverbandes weitergeführt und von den Krankenkassen genutzt werden kann. Die mit der Datenbank erreichte Transparenz und Verwaltungsvereinfachung sollte nicht unnötig aufgegeben werden. Das bisherige Verfahren ist beizubehalten.

c) Kontrolle der Präqualifizierungsstellen

Die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) sollte nicht nur das normkonforme Verhalten der Präqualifizierungsstellen überprüfen, sondern auch die Kompetenz haben, bei Fehlverhalten einer Präqualifizierungsstelle einzugreifen und ggf. die Akkreditierung zu entziehen und fehlerhafte bzw. zweifelhafte Zertifikate zu überprüfen und ebenfalls zurückzuziehen. Der Entwurf greift zu kurz, wenn auf der einen Seite die Krankenkassen aufgefordert sind, die vertragskonforme Leistungserbringung durch Auffälligkeits- und Stichproben zu überprüfen, auf der anderen Seite aber hinsichtlich der Präqualifizierung keine vergleichbaren Möglichkeiten bestehen.

Verträge

Nach § 127 Absatz 1 Satz 2 SGB V des Entwurfs ist vorgesehen, dass in den Verträgen eine hinreichende Auswahl von Hilfsmitteln sicherzustellen ist. Eine hinreichende Auswahl wird dem Versicherten in der Regel jedoch bereits heute von den Leistungserbringern angeboten. Ein Regelungsbedarf wird insoweit nicht gesehen. Nicht sichergestellt ist vielmehr, dass es sich dabei um aufzahlungsfreie Hilfsmittel handelt. Erst eine dahingehende Verpflichtung würde eine Verbesserung im Interesse der Versicherten darstellen.

Die vorgeschlagene Gewichtung der Wirtschaftlichkeitskriterien im Rahmen der Auswahlentscheidung bei Ausschreibungen steht in Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsprinzip. Die Gewichtung würde dazu führen, dass der Qualitätswettbewerb zulasten des Wirtschaftlichkeitswettbewerbs geführt wird. Dies konterkariert den eigentlichen Sinn und Zweck der Ausschreibung, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung möglichst wirtschaftlich zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund des Mehrpartnermodells erscheint es zudem problematisch, wenn die Vertragspartner unterschiedliche Qualitätsniveaus anbieten und sich im Ergebnis die Nachfrage auf den Anbieter mit der höchsten Qualität und den höchsten Preisen konzentriert. Vielmehr sollten die Qualitätsstandards ausschließlich Gegenstand der Leistungsbeschreibung bleiben. Auf dieser Ebene ist sicherzustellen, dass keine minderwertigen Produkte ausgeschrieben werden. Dies ist insbesondere durch eine entsprechende Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses zu gewährleisten. Zusätzlich sollten die Krankenkassen die Möglichkeit haben, höhere, über das Hilfsmittelverzeichnis hinausgehende Qualitätsstandards in den Verträgen zu definieren.

Die vorgesehene Informationspflicht der Krankenkassen nach § 127 Absatz 5 SGB V erfasst auch jene Fälle, in denen eine Information entbehrlich ist, wie etwa bei Genehmigungsverzicht der Krankenkasse oder bei Folgeversorgungen. Eine einzelfallübergreifende, allgemeine Information sollte ausreichend sein.

IV. Ausgleich des Aufwands der Patientenorganisationen bei der Benennung von Patientenvertretern

Die im Referentenentwurf vorgesehene Aufwandsentschädigung der nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen für die Koordinierung der Patientenbeteiligung, lehnen die Betriebskrankenkassen als nicht sachgerecht ab. Die Koordinierung der Patientenbeteiligung liegt im Eigeninteresse der jeweiligen Organisation, der Anspruch auf eine finanzielle Aufwandsentschädigung wird somit nicht gesehen. Die bereits geregelte Reisekosten- und Aufwandsentschädigung der Patientenvertreter halten die Betriebskrankenkassen für ausreichend.

V. Weiterer Änderungsbedarf

Überführung der Bluttteststreifen aus § 31 Absatz 1 SGB V nach § 33 Absatz 1 SGB V

Nach § 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V haben Versicherten neben den apothekenpflichtigen Arzneimitteln auch Anspruch auf die Versorgung mit Bluttteststreifen. Die Bluttteststreifen sind damit dem Regelungsregime der Arzneimittelversorgung als sog. Geltungsarzneimittel zugeordnet, ohne selbst Arzneimittel zu sein. Die Bluttteststreifen sind damit auch Gegenstand der zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Landesapothekerverbänden geschlossenen Arzneimittellieferverträge nach § 129 Absatz 5 SGB V. Die Abrechnung erfolgt entsprechend der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V.

Die Bluttteststreifen sind jedoch den Arzneimitteln insofern nicht gleichzustellen, als sie stets als Verbrauchsartikel in Verbindung mit einem Blutzuckermessgerät oder einem Blutgerinungsmessgerät verwendet werden, die als Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnisses (Produktgruppe 21: Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen) sind und hinsichtlich der Verträge den Regelungen des § 127 SGB V unterfallen und nach § 302 SGB V abgerechnet werden.

Das Marktgeschehen stellt sich bei diesen Geräten häufig dergestalt dar, dass eine bestimmte Sorte Teststreifen nur in Verbindung mit einem bestimmten Gerät verwendet werden kann. Gerät und Teststreifen stellen damit in der Regel eine nicht trennbare Einheit dar. Da die Versorgung mit Teststreifen auf Dauer angelegt ist, liegt der Ausgabenschwerpunkt bei den Teststreifen, weniger bei den Geräten. Dies führt in der GKV zu jährlichen Ausgaben allein für Blutzuckerteststreifen von ungefähr 860 Mio. €.

Eine effektive Kostenbegrenzung ist bei den Teststreifen aufgrund der Zuordnung zu den Arzneimitteln kaum möglich. Festbeträge scheiden aus, da Teststreifen nicht der Apothekenpflicht und nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen. Die Verortung der Teststreifen in Hilfsmittelverträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V ist nicht möglich. Ausschreibungen nach § 127

Absatz 1 SGB V scheiden damit ebenfalls aus. Eine analoge Anwendung von § 130a Absatz 8 SGB V greift nicht durch, da eine Substitution nach § 129 Absatz 1 Satz 3 SGB V nicht möglich ist. Ungeachtet dessen würden exklusive Vergaben von Verträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V oder § 130a Absatz 8 SGB V an den geltenden Arzneimittellieferverträgen scheitern.

Änderungsvorschlag:

Aus § 31 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 2 SGB V werden die Wörter „*und Blutteststreifen*“ gestrichen.

§ 33 Absatz 1 Satz 1 wird am Ende wie folgt ergänzt: „*und auf Versorgung mit Blutteststreifen.*“