

STELLUNGNAHME

**ZUM REFERENTENENTWURF
EINES GESETZES ZUR
STÄRKUNG DER HEIL- UND
HILFSMITTELVERSORGUNG**

(HHVG)



VDAB – Reinhardtstraße 19 – 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Dirk Bernhardt
Referat Grundsatzfragen der GKV
per E-Mail an: 221@bmg.bund.de

**Verband Deutscher Alten-
und Behindertenhilfe e.V.**
Gemeinnütziger Fachverband
mit Sitz in Essen

Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 / 200 590 790
Fax 030 / 200 590 79-19
berlin@vdab.de
www.vdab.de

Berlin, 12. Juli 2016

**Stellungnahme zum Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
– HHVG-**

Sehr geehrter Herr Dr. Bernhardt,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum vorgelegten Referentenentwurf.

Vorbemerkung:

Bei Hilfsmitteln hat sich - vorangetrieben durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz - in den vergangenen Jahren teils ein Wildwest-Wettbewerb etabliert. Wir können die Erkenntnis des BMG bestätigen, dass es "Hinweise" gibt, dass es bei Ausschreibungen "immer auch zu Qualitätsdefiziten in der Hilfsmittelversorgung kommt".

Entsprechend detailliert sind die Vorgaben, mit denen der Preiswettbewerb gebremst werden soll:

- Der Preis darf nicht mehr das alleinige Zuschlagskriterium sein. Ergänzend werden unter anderem genannt: Qualität, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit, Kundendienst oder Lieferbedingungen. Die Gewichtung der Qualitätskriterien beim Zuschlag muss mindestens 40 Prozent betragen.
- Kassen sollen die neuen Vorgaben für Leistungserbringer überwachen, auch durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen.
- Versicherte sollen mehr Informationen und Beratung sowie Wahlrechte erhalten. Kassen müssen auch bei Ausschreibungen die Wahl zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln gewähren.
- Bis Juli 2018 muss der GKV-Spitzenverband sämtliche Produktgruppen, die seit Juli 2015 nicht mehr aktualisiert wurden, überprüfen.

Richtig ist, dass die Produkt- und Versorgungsqualität sowie die Wahlfreiheit des Versicherten in der Vergangenheit keine Rolle gespielt haben. Und ein weiteres Problem hat sich in der Praxis aufgetan: Ehe überhaupt eine Hilfsmittelversorgung anfängt, ist ein Verwaltungsverfahren in Gang, das sich zum Teil über Wochen hinzieht. So wartet zum Beispiel ein Versicherter mitunter wochenlang auf ein Pflegebett. Nicht mehr der Versorger vor Ort darf liefern, sondern das Sanitätshaus vor Ort muss erst umständlich eruieren, mit welcher Kasse welcher Anbieter kooperiert. Im Ergebnis wird das Pflegebett möglicherweise von Hamburg nach Hannover geliefert. Das ist das Gegenteil von effizient und ökologisch.

Daran ändert sich auch aus unserer Sicht mit den geplanten Änderungen nichts. Die vertraglichen Bindungen mit einzelnen Anbietern führen dazu, dass keine kurzfristige Versorgung möglich wird. Damit wird aber auch das politisch gewollte Entlassmanagement in der Praxis ad absurdum geführt.

Hier fließen Versichertengelder in Strukturen und Bürokratie, aber nicht in die Versorgung.

Das zeigt sich auch am gesetzlichen Ansatz, die Information und Beratung immer weiter auszubauen. Wir meinen, es wäre besser, die Versicherten kurzfristig und zügig zu versorgen. Schwerpunkt auf Versorgung statt auf Beratung!

Wir geben zu bedenken:

→ Mit zusätzlicher Bürokratie und weiteren Dokumentationsanforderungen wird die Versorgung nicht besser!

Mit dem § 92 wird auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege eine Regelung verändert, die den ureigenen Bereich der ambulanten Pflege betrifft. Die Pflege selbst wird aber bei Entscheidungen, welche diese Regelungen unmittelbar beeinflussen, nach wie vor nur angehört. Daher fordern wir:

→ Immer wenn professionelle Pflege involviert ist, muss sie auch als Partner und nicht nur Beteiligter einbezogen werden.

Zum anderen setzt das HHVG die lang geforderte Abkoppelung der Entwicklung der Heilmittelvergütungen von der Grundlohnsumme um. Die diesbezügliche Beitragssatzstabilität gilt in Zukunft nicht mehr für den Bereich der Heilmittelpreise.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität macht es aber nicht nur den Heilmittel-Vertragspartnern, sondern auch der professionellen ambulanten Pflege unmöglich, sich erfolgreich auf dem sehr angespannten Arbeitsmarkt zu bewegen und zementiert die finanzielle Schlechterstellung von Pflegekräften in Zeiten eklatanten Fachkräftemangels. Auch hier ist eine „Flexibilität“, wie sie den Vertragspartnern im Heilmittelbereich an die Hand gegeben werden soll, notwendig.

→ Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist in der Häuslichen Krankenpflege ebenfalls auszusetzen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

§ 37 Häusliche Pflege

Nach § 37 Absatz 7 Satz 1 soll der G-BA in Richtlinien nach § 92, hier in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden regeln. Der G-BA hat dabei den Besonderheiten der Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden Rechnung zu tragen. Dabei erfolge auch eine „moderate“ Öffnung des Leistungsortes. Die Versorgung von chronischen Wunden soll künftig auch in Einrichtungen erfolgen, „in denen eine besondere Versorgung angeboten wird“.

Damit wird analog dem EHealthG ein weiterer Ansatz verfolgt, Krankenhausambulanzen als Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege in medizinischen Wundzentren zu etablieren.

Die Gesetzesbegründung liest sich dabei so, als bestünde derzeit eine Versorgungslücke, die nach unserer Kenntnis aber keineswegs der Fall ist. Unter den bisherigen Rahmenbedingungen wird eine adäquate Versorgung ermöglicht und auch geleistet. Eine Öffnung der Leistungserbringung ist weder notwendig, noch sachgerecht.

Es ist vielmehr so, dass diese Aufgabe, wie auch in der Gesetzesbegründung benannt, sehr gut von ambulanten Pflegediensten übernommen werden kann. Diese unterliegen den Zulassungs- und Qualitätsvoraussetzungen der Verträge nach § 132a SGB V.

§ 64d (neu) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

Diese Vorschrift regelt die „Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung“. Der Entwurf sieht vor, dass in Modellvorhaben die „Heilmittelerbringer auf der Grundlage einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen.“ Damit sieht der Gesetzgeber also einen Modellversuch zur echten Blankoverordnung vor. Damit würden Heilmittelerbringer weitgehend selbstständig über ihre Therapien (Art des Heilmittels, die Anzahl und Frequenz) ent-

scheiden, während sich Ärzte auf die Diagnostik und die Freigabe zur Therapie beschränken.

Wir begrüßen die Initiative des Gesetzgebers, die Ausgestaltung der Therapie freier zu gestalten. Hilfsmittel kommen auch in Pflegeeinrichtungen vor, beispielsweise Dekubitus-Systeme oder Inkontinenz-Materialien. Vor diesem Hintergrund regen wir eine Ausweitung der Modellprojekte auf Pflegeeinrichtungen an.

§§ 71, 125 Beitragssatzstabilität

Im Entwurf wird ein unter Ministerin Ulla Schmidt eingeführtes ehernes Gesetz aufgeweicht: Seit 2004 ist die Entwicklung der Vergütungen bei Heilmittelerbringern an die Veränderungsrate der Grundlohnsumme gekoppelt. Diese Begrenzung werde für Heilmittel "abgeschafft", heißt es.

"Den Vertragspartnern wird ermöglicht, auch Preisanpassungen oberhalb der Veränderungsrate zu vereinbaren". Der Bruch mit der bisherigen Politik wird als "Flexibilisierung im System der Preisfindung" bezeichnet.

Die bisherige Regelung hat über Jahre hinweg bei den Leistungserbringern zu sinkenden Reallöhnen geführt. Davon betroffen sind keineswegs nur die Heilmittelerbringer: Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität macht es auch der ambulanten professionellen Pflege unmöglich, sich erfolgreich auf dem sehr angespannten Arbeitsmarkt zu bewegen und zementiert die finanzielle Schlechterstellung von Pflegekräften in Zeiten eklatanten Fachkräftemangels. Über Jahre hinweg haben die Kassen unter Verweis auf diesen Grundsatz die Steigerung der Vergütungen/Pflegesätze auf die Höhe der Grundlohnsumme begrenzt. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass Pflegekräfte systematisch von Lohnsteigerungen abgekoppelt werden. Dies steht im offenen Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach keine Berufsgruppe von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt werden darf. Die privaten Unternehmer in der Pflege und allen voran der pflegerische Mittelstand würden gerne mehr Lohn bezahlen. Tatsache ist jedoch, dass sie nur das an ihre Mitarbeiter weitergeben können, was sie von den Kassen vergütet bekommen. Wir haben bereits heute einen Mangel an Pflegekräften. Das liegt sowohl an den Rahmenbedingungen als auch an der Bezahlung. Im Ergebnis gibt es für die Pflegekräfte derzeit wenig Anreize, im Beruf zu bleiben. Das ist für die professionelle Pflege insgesamt keine zufriedenstellende Situation. Vor allem, wenn man den Vergleich mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens zieht: Hier werden durch Gesetz Ein-

kommenssteigerungen weit über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinaus beschlossen. Sonderzahlungen der Kassen in Milliardenhöhe gehen immer wieder an niedergelassene Ärzte und an die Kliniken. Die professionelle Pflege bleibt immer außen vor. Sie hat jedoch ein Recht, gleich behandelt zu werden.

→ **Forderung des VDAB: §§ 71, 132a SGB V**

§ 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) (...)

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Für die Verträge nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.

§ 92 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss

Mit dem § 92 wird auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege eine Regelung verändert, die den ureigenen Bereich der ambulanten Pflege betrifft. Die Pflege selbst wird aber bei Entscheidungen, welche diese Regelungen unmittelbar beeinflussen, jedoch kaum berücksichtigt: So werden die Leistungserbringer der Pflege bei Änderungen des Paragraphen gehört, haben aber selbst kein Stimmrecht. Es bleibt also auch weiterhin dabei, dass es dadurch Entscheidungen zu Lasten Dritter – also der Pflege – geben wird. Ein für uns als Vertreter auch von ambulanten Pflegediensten unhaltbarer Zustand.

→ **Forderung des VDAB: Immer wenn Pflege involviert ist, muss sie auch als Partner einbezogen werden.**

§ 132a Häusliche Pflege, Bundesrahmenempfehlung

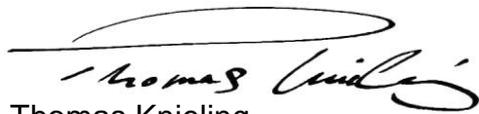
§ 132a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet die Vertragspartner nach § 92 Absatz 1 Satz 6 bisher, gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben. Um das Erfordernis einer flächendeckenden Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu betonen, wird den Rahmenempfehlungspartnern nunmehr aufgegeben, in die Rahmenempfehlungen auch Regelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (HKP) aufzunehmen. Die Präzisierung soll dabei in Bezug auf die neue Regelung des § 37 Absatz 7 insbesondere verhindern, dass die spezialisierte Wundversorgung, zum Beispiel durch sogenannte Wundzentren, nur in Ballungsgebieten angeboten wird und ländliche Regionen keine vergleichbaren Versorgungsangebote aufweisen können. Die Partner der Rahmenempfehlungen sollen in den Rahmenempfehlungen daher explizit auf eine allorts einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege hinwirken.

Dieses Vorhaben begrüßen wir ausdrücklich. Es ist richtig, bei der HKP auf eine flächendeckende Versorgung hinzuwirken, was sich nicht nur auf die Wundversorgung, sondern nach unserem Verständnis auch auf alle anderen speziellen Bereiche beziehen muss. Zu nennen sind hier beispielhaft Kinderkrankenpflege und psychiatrische HKP. Die Richtlinien HKP (§ 92 Abs.1 Satz 2 Nr.6 und Abs.7 SGB V) schaffen seit 2005 zwar eine einheitliche Grundlage für die ambulante psychiatrische Pflege in ganz Deutschland. Da die Richtlinien aber keine Umsetzungsbestimmungen enthalten und diese von jedem potenziellen Leistungserbringer einzeln ausgehandelt werden müssen und die Kostenträger nach unserer Erfahrung die Verhandlungen nicht gerade erleichtern, besteht bis heute keine flächendeckende Versorgung in Deutschland.

Wir hoffen, mit unseren Eingangsbemerkungen und den weiteren Ausführungen zu den einzelnen Regelungen des beabsichtigten Gesetzesvorhabens den Anstoß zu einer konstruktiven Diskussion über den Referentenentwurf zur Heil- und Hilfsmittelstärkungsversorgung gegeben zu haben und freuen uns auf den fachlichen Austausch.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne im Rahmen der Erörterung und des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Thomas Knieling', with a large, sweeping flourish above the name.

Thomas Knieling

Bundesgeschäftsführer