

# VERBRAUCHER VOR SCHLECHTER QUALITÄT BEI HEIL- UND HILFSMITTELN SCHÜTZEN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG)

13. Juli 2016

## **Impressum**

*Verbraucherzentrale*

*Bundesverband e.V.*

*Team*

*Gesundheit*

*Markgrafenstraße 66*

*10969 Berlin*

*gesundheit@vzbv.de*

# INHALT

<b>I. EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<b>II. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>4</b>
<b>III. ANMERKUNGEN ZU DEN EINZELREGELUNGEN</b>	<b>6</b>
1. § 64 d Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung .....	6
2. § 127 Präqualifizierungsstelle .....	7
3. § 127 Verhandlungsverträge und Ausschreibungsverträge.....	7
3.1 Allgemeine Einschätzung.....	7
3.2 Verhandlungsvertrag .....	8
3.3 Ausschreibungsvertrag und Sicherung der Produktqualität.....	8
3.4 Mehr-Partner-Modell und Verpflichtung zur Wahlmöglichkeit.....	10
3.5 Mehrkosten.....	10
3.6 Informationspflicht und Dokumentation .....	11
3.7 Überwachungspflicht .....	12
4. § 139 Hilfsmittelverzeichnis .....	12
5. § 140f Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten.....	13
6. § 217f Datenschutz.....	14

# I. EINLEITUNG

Die Heil- und Hilfsmittelversorgung ist eine wesentliche Stütze, um die konservative Behandlung von Krankheiten zu ermöglichen, chronische Krankheitsverläufe möglichst zu vermeiden oder deren Verlauf zu verzögern und mögliche Folgeerkrankungen zu verhindern. Vor dem Hintergrund ausgeprägter Kostensenkungsbemühungen der Krankenkassen ist es in den Verbraucherzentralen in den vergangenen Jahren zu steigenden Zahlen an Verbraucherbeschwerden in diesem Versorgungsbereich gekommen. 2015 hat eine repräsentative Untersuchung folgende, für Verbraucher bedenkliche Ergebnisse ergeben<sup>1</sup>:

- Gerade Patientinnen und Patienten<sup>2</sup> mit schwerer und schwerster Inkontinenz benötigen viele Produkte pro Monat – mehr als die Krankenkasse in der Regel übernimmt.
- Etwa 14 Prozent der Verbraucher nutzen nicht oder nicht hauptsächlich die von ihrer Krankenkasse angebotenen Marken. Das ist verstärkt bei Kassen der Fall, die Ausschreibungen durchführen.
- Wichtigste Gründe für die Abweichungen sind Unzufriedenheit mit Qualität und Passform des von den Kassen angebotenen Produkts.
- Gut zwei Drittel aller Patienten zahlen monatlich mehr als 5 Euro zu den Produkten zu. Die durchschnittliche Zuzahlung pro Monat lag in dieser Gruppe nach eigenen Angaben bei 31,40 Euro. Auch hier sind Versicherte von Kassen mit Ausschreibungen stärker belastet als andere Patienten.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und die Verbraucherzentralen begrüßen es deshalb ausdrücklich, dass sich der vorliegende Gesetzesentwurf diesem für Verbraucherinnen und Verbraucher äußerst wichtigen Thema widmet und dabei bekannte Probleme wie die Qualität der Hilfsmittel und die Aktualität des Hilfsmittelverzeichnis aufgreift. Hinsichtlich der Umsetzung dieses Anliegens machen der vzbv im Folgenden Vorschläge, für eine stärker am Patienten orientierte Ausgestaltung, um die Wirkung der geplanten Reformen für Patienten zu steigern.

Ebenfalls positiv bewertet der vzbv die mit dem Gesetzesentwurf zum Ausdruck gebrachte grundsätzliche Bereitschaft der Bundesregierung, die Leistung der maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung nach § 140f SGB V anzuerkennen und zu unterstützen, sieht allerdings die vorgeschlagene Umsetzung als kontraproduktiv für dieses Ziel an.

---

<sup>1</sup> „Nutzung und Verwendung von saugenden Inkontinenzprodukten – Bundesweit repräsentative Studie zur Versorgung GKV-versicherter Inkontinenzpatienten“, research & consulting gmbh, Juli 2015. Einschränkend ist anzumerken, dass die Studie im Auftrag eines Herstellers durchgeführt wurde. Weitere Informationen finden sich unter: [http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/wdk/archiv/WdK\\_10\\_2015\\_Portal.pdf](http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/wdk/archiv/WdK_10_2015_Portal.pdf).

<sup>2</sup> Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

## II. ZUSAMMENFASSUNG

Auch wenn der vzbv grundsätzlich unterstützt, dass die im Gesetzesentwurf aufgegriffenen Problemlagen adressiert werden, sieht er dennoch Änderungsbedarf in der Ausgestaltung der vorgeschlagenen Änderungen. Zusammengefasst fordert der vzbv:

- Etablierung eines Mechanismus, der die zu erwartenden Kostensteigerungen durch die Ausweitung der Verhandlungsmöglichkeiten zwischen Kassen und Heilmittelerbringern so auffängt, dass sie nicht einseitig von den Versicherten zu finanzieren sind
- Etablierung eines Mechanismus, der die rasche Überführung erfolgreicher Modellvorhaben bei der Heilmittelversorgung in die Regelversorgung gewährleistet
- Nutzung der Expertise der Patientenorganisationen zur Ermittlung von Qualitätsdefiziten bei der Hilfsmittelversorgung; Zusammenarbeit zwischen Präqualifizierungsstellen und Patientenorganisationen
- Es muss sichergestellt werden, dass Patienten nur qualitativ angemessene Hilfsmittel (in ausreichender Anzahl) erhalten. Dazu ist entweder die Liste der Qualitätskriterien, die im Hilfsmittelverzeichnis festzulegen sind, verpflichtend und ausführlich auszugestalten und die Gewichtung zwischen Preis und Qualität wesentlich stärker als vorgesehen hin zur Qualität zu verschieben, oder die Einhaltung der Qualitätsvorgaben muss außerhalb des eigentlichen Ausschreibungsverfahrens gesichert werden. Der vzbv macht hierzu einen Vorschlag zur Gestaltung des Systems unter verstärkter Nutzung der Präqualifizierungsstellen.
- Informationen über die von Versicherten getragenen Mehrkosten müssen auch öffentlich zugänglich sein, damit Patienten gezielt eine Krankenkasse mit angemessenen Leistungen wählen können und Verbraucher- und Patientenorganisationen leichter auf Missstände hinweisen können.
- Versicherte sollten von Heilmittelerbringern eine Rechnung erhalten, aus der klar die Kostenübernahme der Krankenkassen, die gesetzliche Zuzahlung sowie die selbst getragenen Mehrkosten hervorgehen.
- Verpflichtung der Krankenkassen, Informationen über die von ihnen abgeschlossenen Verträge zur Hilfsmittelversorgung allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung zu stellen
- Verbesserter Schutz der Verbraucher vor aggressiven Verkaufstaktiken bei Hilfsmitteln
- Unangekündigte Qualitätskontrollen der Hilfsmittelversorgung durch eine von den Krankenkassen unabhängige Instanz
- Klarstellung des nicht-abschließenden Charakters des Hilfsmittelverzeichnisses und Schaffung eines Verfahrensweges, über den Patienten im Bedarfsfall Hilfsmittel außerhalb des Hilfsmittelverzeichnisses erhalten können

- Festlegung klarer Qualitätskriterien im Hilfsmittelverzeichnis, die neben der Qualität des Produktes auch die der damit verbundenen Dienstleistung vorgeben
- Aufstockung der geplanten Förderung der Patientenorganisationen nach § 140f und Änderung der Ausgestaltung, die stärker die unabhängig von der Benennungssituation anfallenden Aufgaben der maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung berücksichtigt.

## III. ANMERKUNGEN ZU DEN EINZELREGELUNGEN

### 1. § 64 D MODELLVORHABEN ZUR HEILMITTELVERSORGUNG

**Beschreibung:** Im Heilmittelbereich sollen die Preisverhandlungen flexibilisiert werden, indem Vergütungsvereinbarungen vom Verlauf der Grundlohnsumme entkoppelt werden.

**Bewertung:** Die Bindung der Heilmittelvergütung an die Grundlohnsummenentwicklung fungiert bisher sowohl als obere als auch als untere Grenze der Preisentwicklung. Ihr Wegfall kann also auch dazu führen, dass unter dem Kostendruck der Krankenkassen Dumpingpreise mit nachfolgend geringer Qualität verhandelt werden. Es ist aber auch der umgekehrte Fall möglich, dass die Liberalisierung zur Steigerung der Kosten führt. Im Gesetzesentwurf fehlen Überlegungen dazu, wie die möglichen Kostensteigerungen aufgefangen werden können. Das ist besonders deshalb von Belang, da im Moment alle Kostensteigerungen einseitig von den Versicherten zu tragen sind. Auch fehlt ein Mechanismus, um mögliche Qualitätsveränderungen zu erkennen und ihnen ggf. entgegenzuwirken.

**Beschreibung:** In Modellvorhaben soll die Umsetzung der sog. „Blankoverordnungen“ geprüft werden, in denen die Heilmittelerbringer selbst Auswahl, Dauer und Frequenz der Versorgung festlegen.

**Bewertung:** Die Etablierung solcher Modellvorhaben erscheint für Verbraucher sinnvoll, da die Schnittstelle Arzt-Verordnung-Heilmittelerbringer für Patienten eine mögliche Schwachstelle darstellt, denn bei unterschiedlichen Einschätzungen über den Behandlungsbedarf zwischen Ärzten und Heilmittelerbringern werden Patienten mitunter suboptimal versorgt. Die geplanten Modellversuche können dafür sorgen, dass Probleme zwischen Ärzten und Patienten durch eine geänderte Arbeitsteilung abnehmen. Die verzögerte Ausstellung von Verordnungen und verringerte Verordnungen von Heilmitteln mit Blick auf die ärztlichen Budgets würde dadurch voraussichtlich reduziert, weshalb der vzbv die „Blankoverordnung“ deshalb für einen geeigneten möglichen Weg hält, diese Schwierigkeiten zu vermeiden.

Offene Frage in diesem Zusammenhang ist, wie eine Mengensteuerung bei einer solchen Konstellation aussehen kann. Dieser muss selbstverständlich unter Mitwirkung der Vertretung der Verbraucher- und Patienteninteressen erarbeitet und vereinbart werden, um intransparente, ökonomisch gesteuerte Rationierungen zu verhindern. Ohne eine Mengensteuerung dürfte absehbar sein, dass die Krankenkassen zurecht äußerst zögerlich beim Abschluss derartiger Modellvorhaben sein werden, so dass die im Gesetz vorgesehene Soll-Regelung möglicherweise nicht ausreicht, damit es tatsächlich zu Modellvorhaben kommt. Ergänzend sollte der Gesetzgeber sollte zeitnah in Betracht ziehen, einen Mechanismus vorzusehen, der sicherstellt, dass bei einer positiven Bewertung der Modellvorhaben eine Umsetzung in die Regelversorgung erfolgt.

## 2. § 127 PRÄQUALIFIZIERUNGSSTELLE

**Beschreibung:** Das Gesetz konkretisiert die Anforderungen an die Präqualifizierungsstellen und den Anspruch der Leistungserbringer an diese Stellen auf Ausstellung eines Eignungszertifikates bei Erfüllung der Voraussetzungen.

**Bewertung:** Grundsätzlich begrüßt der vzbv die getroffenen Klarstellungen. Mit der Einrichtung der Präqualifizierungsstellen wird eine Arbeitsentlastung der Krankenkassen durch Zentralisierung der Prüfung der Voraussetzungen der Leistungserbringer auf ihre grundsätzliche Geeignetheit erreicht. Nach Auffassung des vzbv werden die so eingerichteten Präqualifizierungsstellen noch nicht optimal bei der Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung und der Produkte genutzt. Eine wichtige Voraussetzung hierfür wäre, dass Beschwerden von Patienten über die Qualität von Leistungserbringern bzw. Produkten die Präqualifizierungsstellen erreichen und diese nach Überprüfung in den genannten Fällen zum Entzug von Zertifizierungen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet wären. Eine reine Überprüfung der Qualität durch die Krankenkassen, wie in § 127 Abs. 5a SGB V vorgesehen, ist nicht ausreichend, da das Interesse der Krankenkassen an hinreichender Qualität möglicherweise geringer ausfällt als Überlegungen zur Einsparung von Kosten und Aufwand (der Neuausschreibung). Weiterer Ergänzungsbedarf kann in der Arbeit und Überwachung der Präqualifizierungsstellen selbst gesehen werden. Die Präqualifizierungsstellen sollten deshalb in enger Rückkoppelung an die Verbände der Interessenvertretung der Patienten nach § 140f SGB V und der Pflegebedürftigen nach § 116 SGB XI arbeiten und selbst der konsequenten Überwachung ihrer Aufgabenerfüllung unterliegen. Ein Vorschlag zur effizienteren Nutzung der Präqualifizierungsstellen findet sich unter dem Aspekt der Qualitätssicherung von Hilfsmitteln im folgenden Abschnitt.

## 3. § 127 VERHANDLUNGSVERTRÄGE UND AUSSCHREIBUNGSVERTRÄGE

### 3.1 Allgemeine Einschätzung

Das grundsätzliche Problem bei den Verträgen ist, dass die Krankenkassen versuchen, mit diesen Verträgen ihre Verantwortung auf die Leistungserbringer zu delegieren. Der Verbraucher jedoch hat einen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, nicht gegenüber dem Hilfsmittelerbringer. Die Krankenkassen sind zur gesetzlich vorgegebenen Leistungserbringung unter Einhaltung der Qualitätsstandards gegenüber den Versicherten verpflichtet. In der Praxis beschränken die Verträge jedoch die Qualität und den Leistungsumfang gegenüber dem Versicherten. Den Verbraucherzentralen liegen als Folge der unzureichenden Sicherstellung der Qualität insbesondere bei ausschreibenden Kassen (DAK, Barmer GEK u.a.) vermehrt Verbraucherbeschwerden vor. In Übereinstimmung mit der eingangs zitierten Untersuchung waren die Verbraucher besonders mit der Menge und der Qualität der Hilfsmittel unzufrieden, aber auch mit der nicht vorhandenen wohnortnahen Versorgung. Da es sich aus Sicht des vzbv hier häufig um besonders vulnerable und persönlich belastete Patientengruppen handelt, sind die genannten Defizite nicht hinnehmbar. Es muss daher durch den Gesetzgeber betont werden, dass trotz eines solchen Vertrages die Krankenkasse für die ausreichende und medizinisch erforderliche Versorgung des Versicherten verantwortlich ist. Ebenfalls bedarf es Regeln für den Fall, dass die vertraglich vereinbarte Leistung für den Versicherten medizinisch nicht ausreichend ist. Hier muss ein Verfahren vorgegeben werden, wie der Versicherte eine alternative Versorgung **ohne Aufpreis** erhalten

kann. Die Flexibilisierung darf nicht nur für Krankenkassen und Hilfsmittelerbringer gelten, sondern muss auch für Versicherte Bestand haben.

### 3.2 Verhandlungsvertrag

**Beschreibung:** Bei Verhandlungsverträgen wird nochmals festgelegt, dass im Inhalt des Vertrages auch ausreichende Auswahl, Qualität der Hilfsmittel, Beratung und zusätzliche Leistungen sicherzustellen sind.

**Bewertung:** Dies ist aus Verbrauchersicht dringend erforderlich. Diese Dienstleistungen ermöglichen es, den Verbraucher mit einem ausreichenden und zweckmäßigen Hilfsmittel zu versorgen.

### 3.3 Ausschreibungsvertrag und Sicherung der Produktqualität

**Beschreibung:** Bei Ausschreibungsverträgen sollen zukünftig neben dem Preis auch 40 Prozent der Kriterien Qualitätsaspekte berücksichtigen.

**Bewertung:** Aus Sicht der Verbraucherzentrale hat das Konstrukt der Ausschreibungsverträge insbesondere bei Hilfsmitteln immer wieder zu Problemen geführt. Es hat sich gezeigt, dass die niedrige Preisgestaltung der Leistungserbringer häufig nur mit einer Umgehung der Qualitätsvorgaben erfüllbar ist. Da die Ausschreibungsverträge mit einem besonderen Gefährdungspotenzial für Qualitätsdefizite einhergehen, müssen die Anforderungen an die Qualität besonders strikt sein, damit das Prinzip der Ausschreibung nicht dazu führt, dass die Anbieter so niedrige Preise ansetzen, dass sie die anvisierte Qualität nicht leisten können. Aus Verbrauchersicht muss unbedingt gefordert werden, dass es für jede Produktgruppe allgemeingültige Kriterien gibt, die für alle Krankenkassen verbindlich einzuhalten sind. Dies betrifft auch die Dienstleistungen wie Beratung, Bemusterung, Lieferung usw. Die Qualitätsfestlegung muss den Verträgen vorgeschaltet sein und kann zum Beispiel durch eine Festlegung in dem Hilfsmittelverzeichnis erfolgen.

Damit ist die Frage aufgeworfen, wie in der Praxis sichergestellt werden kann, dass die erforderliche Qualität der Hilfsmittel tatsächlich gewährleistet werden kann. Der vzbv geht bei den folgenden Ausführungen und Vorschlägen davon aus, dass der Gesetzgeber nicht vom Prinzip der Ausschreibungsverträge abweichen will.

Unter Beibehaltung der aktuellen Aufgabenverteilung begrüßt der vzbv, dass nach dem vorliegenden Entwurf neben dem Preis andere, qualitätsorientierte Kriterien für die Zuschlagserteilung berücksichtigt werden müssen. Bei der Festlegung der möglichen Kriterien wird im Gesetzesentwurf allerdings nur ein nicht abschließender Katalog möglicher Themen benannt. Keines der Kriterien ist zwingend vorgeschrieben. Vor diesem Hintergrund scheint diese Erweiterung auf Qualitätsaspekte in Ausschreibungsverträgen eher beliebig und als Steuerungsinstrument wenig geeignet. Hier müsste eine verbindliche Festlegung seitens des Gesetzgebers getroffen oder eine unabhängige Stelle geschaffen werden, die diese Aspekte unter Berücksichtigung der Patientenperspektive festlegt. Im Übrigen halten wir eine Berücksichtigung der Qualitätskriterien von nur 40 Prozent für zu gering. Als Mindestmaß müssen die Qualitätsvorgaben den Preis in

der Gewichtung deutlich überwiegen, damit nur geeignete Produkte in die Versorgung gelangen.

Der vzbv schlägt vor dem Hintergrund der bestehenden Defizite und der sich möglicherweise abzeichnenden vergaberechtlichen Probleme bei einem deutlichen Übergewicht der Qualität bei Ausschreibungen eine andere Aufgabenverteilung der bisherigen Akteure vor. Ziel ist, dass Mindeststandards definiert und durchgesetzt werden, die für alle Verträge gelten und die neben der Produktqualität, die produktbezogenen Dienstleistungen, die wohnortnahe Versorgung und die Qualifikation und Leistungsfähigkeit der Anbieter berücksichtigen. Die Aufgabe der Feststellung der letzteren Eigenschaften liegt bereits heute bei den Präqualifizierungsstellen. Der Vorschlag wäre, dass diese auch produktbezogen prüfen, ob die von einer unabhängigen Stelle erarbeiteten Vorgaben an die Hilfsmittelqualität eingehalten werden und sich an den Ausschreibungen der Krankenkassen nur Anbieter mit Produkten beteiligen können, die entsprechend qualitätsgesichert und zertifiziert sind (vgl. Abb. 1). So wäre sichergestellt, dass die Krankenkassen unter den prinzipiell geeigneten Produkten die günstigsten auswählen könnten, aber keine Möglichkeit bestünde, qualitativ unzureichende Produkte unter Kostenaspekten auszuwählen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Kontrolle der Qualität und der Einhaltung der vertraglichen Obliegenheiten. Diese ist derzeit ausschließlich bei den vertragsschließenden Krankenkassen angesiedelt. Hier muss derzeit wie bei den Beitrittsverträgen geprüft werden, ob die erbrachte Leistung den Vorgaben entspricht. Zukünftig sollte hier stärker auf die Mitwirkung der Patienten-, Sozial- und Verbraucherverbände gesetzt werden und die Rechte und Pflichten der Präqualifizierungsstellen geschärft werden (s.o.).

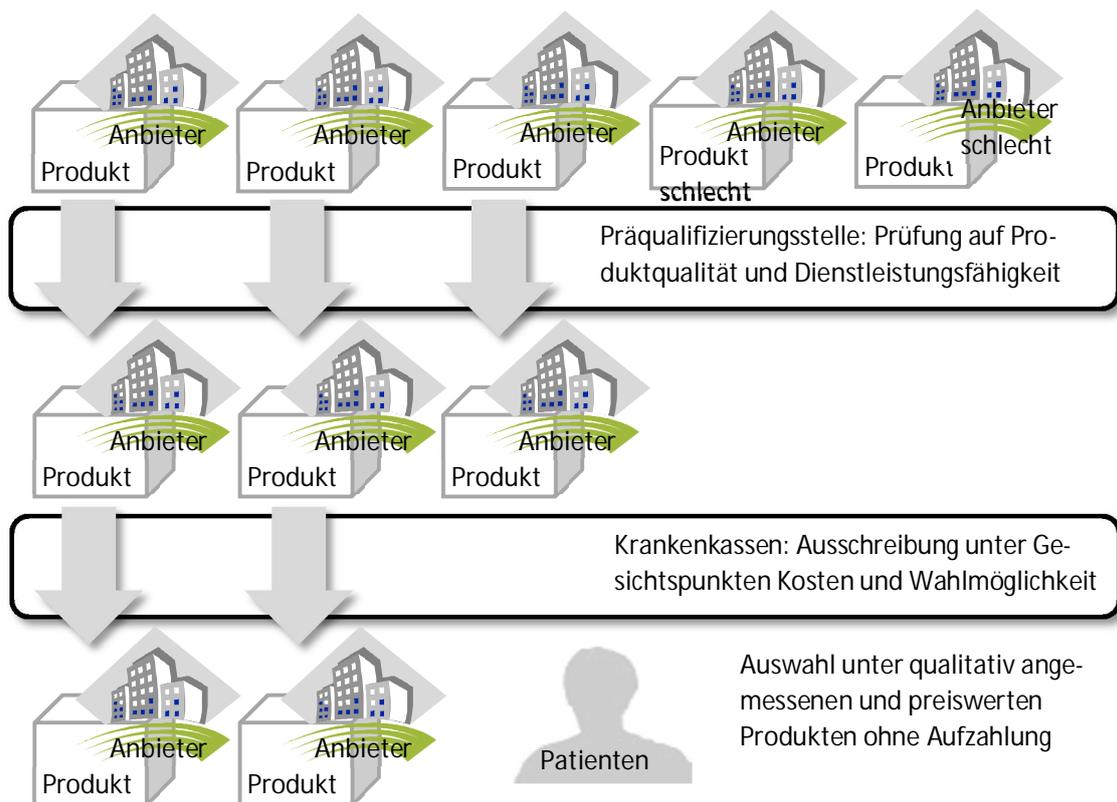


Abbildung 1: Vorschlag für Aufbau und Funktionsweise der Festlegung zugänglicher Hilfsmittel (eigene Darstellung)

### 3.4 Mehr-Partner-Modell und Verpflichtung zur Wahlmöglichkeit

**Beschreibung:** Es wird die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine Wahlmöglichkeit zwischen mehreren Produkten einzuräumen geschärft sowie eine Erweiterung der Ausschreibungsverträge um das sog. „Mehr-Partner-Modell“ vorgesehen.

**Bewertung:** Von diesen Änderungen können nach Einschätzung des vzbv nur dann positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität ausgehen, wenn die oben skizzierten Qualitätsanforderungen auch für diese Vertragsformen umgesetzt werden und das Primat eindeutig auf Qualität liegt..

### 3.5 Mehrkosten

**Beschreibung:** Das Problem, dass viele Versicherte teilweise erhebliche Mehrkosten bei Hilfsmitteln tragen, soll durch mehr Informations- und Beratungsrechte der Versicherten gelindert werden. Dazu sollen die Hilfsmittelerbringer verpflichtet werden, bei den Abrechnungsdaten auch Angaben zu den Mehrkosten zu machen.

**Bewertung:** Viele Versicherte zahlen derzeit erhebliche Mehrkosten, um ein ausreichendes und notwendiges Hilfsmittel zu erhalten. Hierdurch wird das Sachleistungsprinzip untergraben.

Aus Verbrauchersicht ist Transparenz über die tatsächliche Inanspruchnahme der Versicherten notwendig. Informationen über die von Versicherten geleisteten Mehrkosten sollten daher nicht nur den Krankenkassen zur Verfügung stehen, sondern sollten auch der Öffentlichkeit in geeigneter Weise verfügbar gemacht werden. Auf diese Weise können sich Versicherte darüber informieren, bei welcher Krankenkasse welche Hilfsmittel(-gruppen) durchschnittlich mit welchen Mehrkosten verbunden sind und sich zumindest indirekt ein Bild von der Vertrags- und Leistungserbringerqualität machen. Auch können diese Angaben von den Verbraucher- und Patientenorganisationen genutzt werden, um bei Bedarf auf Fehlentwicklungen zu Lasten der Patienten hinzuweisen. Auf diesem Weg wird die Qualitätssicherung auf der Prozessebene (Hilfsmittelerbringer sollen durch Krankenkassen überprüft werden) um die Ergebnisqualität (Krankenkassen werden durch Patienten bzw. deren Interessenvertretungen überprüft) sinnvoll ergänzt.

Über die jetzt getroffenen Regelungen hinaus regt der vzbv an, dass die Leistungserbringer verpflichtet werden, den Versicherten eine Rechnung auszustellen haben, auf der neben der leistungshöhe der Krankenkassen der gesetzliche Eigenanteil und die Mehrkosten getrennt aufgezeigt werden. Nur dann kann der Versicherte abschließend erkennen, ob sein Hilfsmittel von der Krankenkasse finanziert wurde oder er selber privat zuzahlen musste.

### 3.6 Informationspflicht und Dokumentation

**Beschreibung:** Der Versicherte soll zukünftig über die Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der Verträge informiert werden. Die „wesentlichen“ Inhalte der Verträge müssen neben den Qualitätsvorgaben auch die konkreten Produkte unter Vertrag listen.

**Bewertung:** Der vzbv erachtet diese Vorgabe für zwingend erforderlich. Bei der direkten Informationspflicht der Versicherten ist aber klarzustellen, dass diese Informationen allen gesetzlich Versicherten und nicht nur den Versicherten der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung stehen, damit sich Versicherte im Problemfall eine geeignetere Krankenkasse aussuchen können. Der Versicherte kann sich dann über das für ihn erforderliche Hilfsmittel informieren und erkundigen, wer sein bekanntes Standardprodukt führt. Nur bei allgemeiner Veröffentlichung kann dieser Parameter für den Wettbewerb der Krankenkassen genutzt werden können.

**Beschreibung:** Vorgesehen ist auch eine verpflichtende Dokumentation über die Beratung des Hilfsmittelerbringers zur Sachleistung und zu den Mehrkosten.

**Bewertung:** Dies ist nach Auffassung des vzbv erforderlich, um die Rechte der Versicherten zu stärken. Viele Versicherte wissen nicht, welche Leistungen ihnen als Sachleistung überhaupt zustehen. Zu ergänzen ist, dass den Versicherten die wesentlichen Informationen auch schriftlich vorliegen müssen. Dies sollte insbesondere für die Aufklärung über die zu tragenden Mehrkosten gelten. Hier fehlt im Gesetzesentwurf das Schriftformgebot. Zur allgemeinen Information würde sich eventuell ein Produktinformationsblatt anbieten, auf dem Auszüge aus dem Hilfsmittelverzeichnis abgedruckt sind. Gleichzeitig ergeben sich aus der langjährigen Erfahrung mit dem Kaufverhalten von Ärzten bei individuellen Gesundheitsleistungen bestimmte Einschränkungen. Es

wird nicht möglich sein, allein durch Informations- und Aufklärungspflichten unseriöse Geschäftspraktiken zu unterbinden. Deshalb müssen zusätzlich weitere Instrumente greifen, wie die oben beschriebene öffentliche Berichtspflicht einzelner Krankenkassen zu den Mehrkosten und das Schriftformgebot bei den Kosteninformationen.

### 3.7 Überwachungspflicht

**Beschreibung:** Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Hilfsmittelerbringer hinsichtlich der Produkt-, Beratungs- und Dienstleistungsqualität zu überwachen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll dazu bis Ende Juni 2017 Rahmenempfehlungen für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen sowie weiteren Überwachungsinstrumenten abgeben.

**Bewertung:** Eine Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer ist im Grundsatz zu begrüßen. Allerdings hängt die Wirksamkeit der Qualitätskontrolle maßgeblich von den zu erstellenden Rahmenempfehlungen und der Motivation der kontrollierenden Instanz ab. So sind nach Auffassung des vzbv unbedingt unangekündigte Kontrollen vorzusehen. Bei der Definition von Auffälligkeiten müssen Patientenbeschwerden immer anlassbezogen überprüft werden. Wenn hier die Maßstäbe zu niedrig gesetzt werden, ist die Wirksamkeit der Kontrollen ausgehebelt.

Zudem fehlt eine Regelung, durch wen diese Überwachung erfolgen soll. Eine Regelung, die den Krankenkassen die Kontrollfunktion zuweist, ist angesichts der Erfahrungen der letzten Jahre wenig überzeugend. Denn die Krankenkassen hätten schon längst Qualitätsstandards festlegen und ihre Umsetzung stärker in den Fokus ihres vertraglichen Handelns stellen können, wenn nicht Kostensenkungsabsichten im Vordergrund gestanden hätten. Insofern sollte die Prüfung und Qualitätssicherung durch eine unabhängige Organisation erfolgen.

## 4. § 139 HILFSMITTELVERZEICHNIS

**Beschreibung:** Das Hilfsmittelverzeichnis soll für alle Produktgruppen, die seit Juni 2015 nicht mehr aktualisiert wurden, bis Ende Juni 2018 überarbeitet werden. Außerdem soll im Wege einer Verfahrensordnung bis Ende Juni 2017 die Aufnahme neuer Hilfsmittel und die regelmäßige Fortschreibung festgelegt werden. Die Interessenvertretung der Leistungserbringer erhält ein Stimmrecht.

**Bewertung:** Ein regelmäßig aktualisiertes Hilfsmittelverzeichnis ist wünschenswert. Insgesamt darf die jetzt vorgegebene regelmäßige Aktualisierung nebst Berichtspflicht an das Bundesgesundheitsministerium und den Gesundheitsausschuss des Bundestages aber nicht darüber hinweg täuschen, dass das Hilfsmittelverzeichnis nicht abschließend ist und die Leistungspflicht der Krankenkassen im Bedarfsfall auch andere Versorgungsleistungen umfasst bzw. umfassen muss.

Hier muss eine eindeutige Regelung geschaffen werden, dass das Hilfsmittelverzeichnis nicht abschließend ist und bei individuell abweichendem Bedarf dieser auch über das Hilfsmittelverzeichnis hinaus entsprechend zu decken ist. Ebenfalls muss ein Verfahren etabliert werden, das den Versicherten einen Weg eröffnet, wie im Bedarfsfall ein Produkt außerhalb des Hilfsmittelverzeichnisses zu erlangen ist. Die Verfahrensordnung muss für diese Fälle ein schlankes und unbürokratisches Prozedere vorgeben.

Im Hilfsmittelverzeichnis sind im Übrigen für jede Produktgruppe die Qualitätskriterien der Produkte festzulegen und auch die notwendigen Dienstleistungen wie Anpassung, Bemusterung, Beratung, Lieferfristen, Instandhaltung etc. Keinesfalls dürfen die Qualität und Dienstleistungen im Einzelfall zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer verhandelbar sein.

## 5. § 140F INTERESSENVERTRETUNG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

**Beschreibung:** Den für die Interessenvertretung der Patienten nach § 140g SGB V festgelegten Organisationen wird für ihren Koordinierungsaufwand ein Betrag von 50 Euro pro Jahr und benanntem Patientenvertreter zugebilligt. Erwartet wird ein Finanzvolumen von 50.000 Euro jährlich. Die Mittel stehen den Organisationen für den Koordinationsaufwand zur Verfügung, die sie für die Suche und Benennung geeigneter Patientenvertreter betreiben müssen sowie für die zusätzliche Belastung des Sprechers oder der Sprecherin des Koordinierungsausschusses. Diese Leistungen sind bisher über die (Neu-) Regelungen im § 140 f Abs. 5,7 SGB V nicht berücksichtigt.

**Bewertung:** Grundsätzlich begrüßt der vzbv die hier zum Ausdruck gebrachte Absicht des Gesetzgebers, die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung erstmals in der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Die Entscheidungsprozesse beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss sind derzeit nachdrücklich von den ökonomisch dominierten Verbandslogiken von Kostenträgern und Leistungserbringern geprägt. Ein starkes Gegengewicht, das für eine Ausrichtung an den Bedarfen der Patienten steht, ist deshalb gesamtgesellschaftlich unverzichtbar.

Die Ausgestaltung dieser Unterstützung weist jedoch nach Auffassung des vzbv in der vorliegenden Form, neben der völlig unzureichenden Höhe und den Unschärfen in der Formulierung, einen systemdestruktiven Charakter für die Zusammenarbeit der maßgeblichen Organisationen auf. Unklar ist an der Formulierung, ob der Zuschuss für jede neue Benennung erfolgen soll oder pro insgesamt benannten Personen. Beides wäre kontraproduktiv, da damit, wie weiter unten ausgeführt, eine Deprofessionalisierung der Patientenvertretung angeregt würde. Es hat sich herausgestellt, dass die Kombination von Betroffenen, die ihre Anliegen formulieren und Hauptamtlichen, die einerseits wissen, wie diese Anliegen Wirkung entfalten und sich andererseits in der Gestaltung tragfähiger Strukturen für die Umsetzung von Patientenanliegen engagieren, die beste Voraussetzung darstellt, um Patienteninteressen effektiv erkennen und auch durchsetzen zu können. Auch sind langfristige Benennungen engagierter Personen in verschiedenen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen sinnvoll, um über ausreichende Erfahrungen im Gesundheitswesen, mit den einschlägigen Rechtsregelungen und den Spielregeln im Gremium zu verfügen. Bei einer Förderung, die wie vorgesehen eine hohe Zahl von kurzfristigen Benennungen belohnt, würden alle diese sinnvollen Vorgehensweisen konterkariert. Darüber hinaus würde eine hohe Pfadabhängigkeit geschaffen: Organisationen, denen es gelingt eine hohe Zahl von Patientenvertretern zu etablieren, erhielten die Mittel, um diese dominante Position weiter auszubauen. Derzeit liegt die Stärke der Patientenvertretung darin, dass so unterschiedliche Sichtweisen und Anliegen wie die von chronisch Kranken (Schwerpunkte bei der BAG Selbsthilfe, DAG SHG), Menschen in Pflegesituationen (Schwerpunkte bei den Sozialverbänden VdK und SoVD) und ganz normalen Patienten in alltäglichen Situationen (Schwerpunkte im

vzbv und der BAGP) ausgewogen repräsentiert werden. Dies würde mittelfristig durch die vorgeschlagene Regelung gefährdet.

Zu bemängeln ist auch die Höhe der vorgesehenen Förderung. Der avisierte Förderbetrag würde nur knapp für die Finanzierung einer einzigen Personalstelle reichen. Im Koordinierungsausschuss der Patientenvertretung sind acht stimmberechtigte Organisationen vertreten. Allein die - bisher unentgeltliche - Teilnahme an den monatlichen Koordinierungstreffen der Patientenvertretung ist also bereits durch die Förderung kaum abgedeckt. Die Aufgabe der maßgeblichen Organisationen beschränkt sich auch nicht auf die Suche nach geeigneten Patientenvertretern und die Erzielung des Einverständnisses über Benennungen. Die Wirkkraft der Patientenvertretung leitet sich vor allem daher, dass die von ihr eingebrachten Positionen keine Einzelmeinungen sind, sondern in der Regel aus einem Willensbildungsprozess zunächst innerhalb der einzelnen Organisationen und danach in der Abstimmung untereinander hervorgegangen sind. Nun sind alle Organisationen zu anderen Zwecken als der Beteiligung in den Selbstverwaltungsgremien gegründet. Bisher müssen sie diesen Zwecken erhebliche und wegen des Aufgabenzuwachses des G-BA stetig wachsende personelle Ressourcen für die Mitwirkung entziehen, wenn sie ihrer Verantwortung gerecht werden wollen. Diese Aufgabenerfüllung ist im Wesentlichen unabhängig von der Zahl der benannten Patientenvertreter oder erfolgten Benennungen. Damit diese Leistung der maßgeblichen Organisationen in Zukunft gesichert möglich ist, müssten die genannten Aufgaben je Organisation mit einer entsprechenden Personalkapazität hinterlegt und finanziert werden. Erst zusätzlich dazu erscheint eine Förderung je benannter Person bzw. Benennung, wie hier vorgeschlagen, gangbar und sinnvoll.

## 6. § 217F DATENSCHUTZ

**Beschreibung:** Der GKV-Spitzenverband soll in einer Richtlinie Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme festlegen.

**Bewertung:** Das ist vor dem Hintergrund von wiederholten Medienberichten über leicht manipulierbare Patienten-(stamm-)daten dringend empfohlen. Auch die zunehmende Nutzung mobiler Endgeräte muss dabei berücksichtigt werden. Der Schutz der Sozialdaten ist außerdem bei Outsourcing- und Selektivverträgen der Krankenkassen zu gewährleisten. So hat das Bundesversicherungsamt die Weitergabe von Sozialdaten an Dritte kritisiert, die dann Beratungsaufgaben übernehmen, z. B. zum Krankengeldfallmanagement. Weitere kritische Themenfelder sind etwa Präventionsleistungen (z. B. Coachings) oder die längerfristige Speicherung von Daten und Bildern von Herstellern der elektronischen Gesundheitskarte.