

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

für ein

**Gesetz zur
Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)**

Berlin, 12. Juli 2016

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Verbandmittel – § 31 Abs. 1a SGB V	6
Hilfsmittel – § 33 Abs. 6 SGB V	7
Häusliche Krankenpflege – § 37 Abs. 7 SGB V	8
Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung – § 64d SGB V	10
Rahmenempfehlungen und Verträge – § 125 SGB V	12
Versorgung durch Vertragspartner – § 126 SGB V	13
Verträge – § 127 SGB V	14
Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer – § 302 und § 303 SGB V	16

Stellungnahme zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

Vorbemerkung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) bildet mit mehr als 9.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 275.000 Arbeitsplätze und circa 21.000 Ausbildungsplätze (siehe www.youngpropflege.de oder auch www.facebook.com/Youngpropflege). Das investierte Kapital liegt bei etwa 21,8 Milliarden Euro. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung wird vom bpa insgesamt begrüßt. Es stellt einen wichtigen Schritt hin zu einer besseren Versorgungsqualität der Versicherten dar. Dies umfasst insbesondere die neuen Qualitätskriterien bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln, durch die nicht länger der Preis das allein entscheidende Merkmal ist. Diese Beschränkung führte bisher zu einer Situation, in der viele Versicherte freiwillige Zuzahlungen geleistet haben, um beispielsweise nicht auf zuzahlungsfreie, aber qualitativ minderwertige Inkontinenzprodukte angewiesen zu sein. Häufig waren Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte die Leittragenden der unzureichenden Produktqualität in Folge der preisorientierten Ausschreibungsverfahren. Dies betraf insbesondere mangelhafte Inkontinenzprodukte, die im Rahmen der Ausschreibungsverfahren der Kranken- und Pflegekassen den Zuschlag erhielten.

Der bpa befürwortet zudem die Verpflichtung der Leistungserbringer, im Rahmen des elektronischen Datenträgeraustausches auch Angaben zu den Hilfsmittelzuzahlungen an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies sichert die zuvor genannte neue Berücksichtigung der Qualitätskriterien in der Hilfsmittelausschreibung ab. Ergänzend sollte die Neuregelung des § 302 SGB V jedoch ebenfalls dafür genutzt werden, die dringend notwendige Entbürokratisierung bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege umzusetzen und den elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) im Rahmen der Leistungsabrechnung zwischen den Pflegeunternehmen und den Kranken- und Pflegekassen zu verbessern.

Aus Sicht des bpa ist darüber hinaus auf folgende Punkte besonders hinzuweisen:

- Die Einführung einer Legaldefinition für Verbandsmittel kann ein Beitrag zur Rechtssicherheit sein. Der bisher vorgesehene Regelungsvorschlag ist jedoch zu eng gewählt und würde den Ausschluss vieler Verbandsmittel aus dem Definitionsbereich zur Folge haben.
- Die Regelung zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in § 37 Abs. 7 SGB V bedarf weiterer Präzisierung. Eine Klarstellung ist insbesondere erforderlich bezüglich der Einrichtungen in denen eine besondere Versorgung angeboten wird und der gesetzlich zu erfüllenden Voraussetzungen um an diesen Orten die häusliche Krankenpflege zu erbringen. Während der Entwurfstext vorrangig auf die Versorgung in Wundzentren abzielen scheint, sollte diese beispielsweise auch in Dialysezentren sowie durch ambulante Pflegedienste in solchen Einrichtungen möglich sein.
- Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung, bei denen die Heilmittelerbringer selbst die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, sind ein wichtiger Schritt hin zur Stärkung nicht-ärztlicher Leistungserbringer. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, wieso keine gleichartige Übertragung auf die Bereiche der häuslichen Krankenpflege von Pflegediensten erfolgt. Dies wäre ein notwendiger Schritt zur dauerhaften Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen mit zunehmend fehlenden Hausärzten, und ein Beitrag zur Steigerung der Effektivität und Effizienz durch Nutzung von Synergien bei ärztlich und pflegerisch versorgten Patienten. Auch in der Krankenpflege sind die Modellversuche bereits im Gesetz verankert, hier gilt es endlich die Restriktionen zu deren Umsetzung zu beseitigen und so die Versorgungsqualität zu stärken.
- Die Aufhebung der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Heilmittelbereich ist zu begrüßen. Angesichts immer komplexer werdender Versorgungssituationen von zumeist multimorbiden Patienten und zur besseren Berücksichtigung der dynamischen Kostenentwicklung, ist eine entsprechend existenzsichernde Regelung jedoch auch auf die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege zu übertragen.
- Bei der Festlegung einer Zertifikatspflicht der Leistungserbringer von Hilfsmitteln für den Nachweis der Erfüllung der Pflichten wird die besondere Stellung von Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer nicht hinreichend berücksichtigt. Da bei diesen die Qualität ihrer Leistungen durch die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen des SGB V und SGB XI umfassend geprüft wird, muss für

bereits für die Leistungserbringung von Hilfsmitteln zugelassene Pflegeeinrichtungen ein Bestandsschutz gewährt werden. Es darf keinen Zwang zu einem erneuten Anerkennungsverfahren geben.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Verbandmittel – § 31 Abs. 1a SGB V

Artikel 1, Nr. 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Verbandmittel werden definiert als Gegenstände, deren Wirkungen darauf begrenzt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken (und zusätzlich eine Wunde feucht zu halten) oder deren Körperflüssigkeiten aufzusaugen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt zunächst grundsätzlich die vom Gesetzgeber vorgesehene Legaldefinition. Eine solche kann Klarheit und Rechtssicherheit erhöhen und dazu beitragen, Auseinandersetzungen von vorne herein zu vermeiden. Allerdings erachtet der bpa die vorgenommene Definition als zu eng. Sobald ein Produkt weitere Eigenschaften hat (z.B. wenn es zusätzlich auch geruchsbindend, keimbindend oder polsternd ist), fällt es nicht mehr unter die Definition.

C) Änderungsvorschlag

Der bpa schlägt deswegen vor, in § 31 SGB V eine erweiterte Definition von Verbandmittel vorzunehmen, die auch weitere Wirkungsmöglichkeiten zulässt. Die Kriterien „bedecken inklusive feucht halten“ und „Körperflüssigkeiten aufsaugen“ sollten die maßgeblichen oder Hauptwirkungen sein.

Hilfsmittel – § 33 Abs. 6 SGB V

Artikel 1, Nr. 2b

A) Neuregelung

In den Fällen, in denen die Krankenkasse im Rahmen einer Ausschreibung mehreren Leistungserbringern den Zuschlag für einen Vertrag nach § 127 Absatz 1 SGB V erteilt (sog. „Mehr-Partner-Modell“), können die Versicherten einen der Leistungserbringer frei auswählen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist aus Sicht des bpa in den Fällen kritisch, in denen ein Pflegeheimbetreiber als Leistungserbringer für die Hilfsmittel auftritt. Das Pflegeheim versorgt in diesen Fällen seine Bewohner mit einer einheitlichen Produktlinie. Pflegeheime sind auf eine sehr gute Produktqualität angewiesen und haben ein ausgeprägtes Eigeninteresse an einer nachhaltig guten Versorgung der Bewohner. Eine abgestimmte Produktlinie verbunden mit regelmäßigen und intensiven Schulungen und Beratungen durch die Lieferanten ist diesbezüglich von großer Bedeutung. Es ist somit weder im Hinblick auf die Qualität der Versorgung noch auf die Praktikabilität von Vorteil, wenn die Krankenkassen ihren Versicherten das Mehr-Partner-Modell anbieten. Darauf hat aber das Pflegeheim keinen Einfluss, vielmehr obliegt die Entscheidung für das Mehr-Partner-Modell nach § 127 Abs. 1 Satz 4 SGB V allein den Krankenkassen.

C) Änderungsvorschläge

Der bpa bittet den Gesetzgeber zu prüfen, inwieweit das Mehr-Partner-Modell bei der Versorgung von Hilfsmitteln durch Pflegeheime ausgeschlossen werden kann.

Häusliche Krankenpflege – § 37 Abs. 7 SGB V

Artikel 1, Nr. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in Einrichtungen erfolgen, in denen eine besondere Versorgung angeboten wird.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht bei dieser Regelung Präzisierungsbedarf hinsichtlich der Formulierung „Einrichtung“ und „besondere Versorgung“. Zwar scheint der Gesetzestext vorrangig auf Einrichtungen wie Wundzentren zu zielen, in denen die Wundversorgung erfolgen kann. Aus Sicht des bpa sollte diese Formulierung aber erweitert werden, damit beispielsweise bei Patienten in Dialysezentren eine Wundversorgung erfolgen kann.

Bei Dialyse-Patienten ist der Wundheilungsprozess in der Regel gestört. Jeder dritte Dialyse-Patient ist zudem Diabetiker. Diabetiker haben aufgrund von Durchblutungsstörungen oft chronische Wunden (z.B. diabetisches Fußsyndrom), die einer entsprechenden Versorgung bedürfen. Daher wäre es für diese Patienten eine große Erleichterung, wenn diese im Dialysezentrum während der Dialyse zeitgleich auch die Wundversorgung erhalten könnten.

Dazu sollte klargestellt werden, dass sich die „besondere Versorgung“ nicht nur auf die Wundversorgung bezieht und dass die Versorgung in „Einrichtungen“ auch durch ambulante Pflegedienste erfolgen kann. Analog der gesetzlichen Regelung zu § 37 Abs. 2 sollte klargestellt werden, dass die häusliche Krankenpflege, hier die der speziellen Wundversorgung nach Abs. 7 neu, auch an sonstigen geeigneten Orten stattfinden kann. Damit wäre die Erbringung dieser häuslichen Krankenpflege auch in entsprechenden stationären Einrichtungen zulässig und leistungserbringungsrechtlich gebunden an die Anforderungen nach § 132a SGB V. In stationären Pflegeeinrichtungen findet die Versorgung über die Beschäftigten der Einrichtung statt und bedarf aus unserer Sicht keiner gesonderten Vereinbarung bzw. Zulassung.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 7 SGB V wird wie folgt ergänzt:

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in Einrichtungen erfolgen, in denen eine besondere Versorgung angeboten wird. **Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden in diesen Einrichtungen setzt das Vorliegen einer Vereinbarung nach § 132a SGB V voraus.**

Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung – § 64d SGB V

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig soll in jedem Bundesland und für alle Heilmittelerbringer des SGB V ein Modellvorhaben durchgeführt werden, bei denen die Heilmittelerbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, dass der Gesetzgeber mit dieser Regelung die Rolle von nicht-ärztlichen Leistungserbringern grundsätzlich stärken möchte. Angesichts des Ärztemangels ist dieses auch notwendig. Nicht nachvollziehbar ist dabei für den bpa, dass die erweiterten Modellvorhaben auf die Leistungserbringer von Heilmitteln beschränkt werden. Dringend erforderlich ist eine ebensolche Übertragung auch auf die Bereiche der häuslichen Krankenpflege von Pflegediensten und den hierzu legitimierten Berufsgruppen. Diesbezüglich sind für Einrichtungen und Dienste mit diesen Berufsgruppen zwingend die bereits vorhandenen gesetzlichen Regelungen nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V verbindlich umzusetzen.

Den in § 63 Abs. 3b und 3c SGB V verankerten Modellversuchen fehlt es bis heute an der Umsetzung. Sie wurden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist. Rund vier weitere Jahre hat es gedauert, bis am 22.03.2012 die notwendigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hierzu in Kraft getreten sind. Und im Dezember 2014 stellte das Bundesministerium für Gesundheit dazu fest:

„Soweit dem Bundesministerium für Gesundheit bekannt, wurden bisher keine Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3 c SGB V durchgeführt.“

(Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz auf eine Frage des Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Bundestags-Drucksache 18/3672, S. 61)

Nach Kenntnis des bpa hat sich an diesem Stand seitdem, mit einer regionalen Ausnahme, nichts geändert. Die Versorgungssituation von multimorbiden Patienten, insbesondere in ländlichen Bereichen, erfordert dringend eine Aufwertung der häuslichen Krankenpflege. Auch wenn die von einigen Medien aufgegriffenen langen Warteschlangen von Patienten vor Landarztpraxen sich nicht verallgemeinern lassen, wird dennoch deutlich,

dass es teilweise Versorgungsschwierigkeiten gibt, die durch Ärzte alleine nicht mehr zu lösen sind. Viele der davon betroffenen Patienten sind nicht nur krank, sondern häufig auch pflegebedürftig und werden ohnehin von Pflegediensten betreut. Gut ausgebildete Pflegefachkräfte verfügen über umfassendes Wissen in der Versorgung und sind in der Regel, insbesondere aufgrund der täglichen Anwesenheit bei den Pflegebedürftigen, deutlich besser vertraut mit der jeweiligen Patientensituation als der durchschnittliche Arzt. Sie sind dementsprechend häufig besser in der Lage eine Einschätzung der Notwendigkeit und des Umfangs der Versorgung zu treffen. Die Versorgungsqualität der Patienten kann hierdurch nachdrücklich gesteigert werden.

Darüber hinaus werden die Ärzte entlastet, Bürokratie abgebaut und die Attraktivität der Pflegeberufe gestärkt. Zudem würden so die Aussagen des Koalitionsvertrags zur Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen umgesetzt. Dementsprechend sollte den von Pflegediensten beschäftigten Pflegefachkräften – zumindest in Modellversuchen – die Auswahl und die Dauer der Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten übertragen werden – so wie es jetzt in § 64 d SGB V für die Heilmittelerbringer vorgesehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Entsprechend der Modellvorhaben für die Heilmittelversorgung muss die „Kann-Bestimmung“ für die Modellvorhaben der häuslichen Krankenpflege nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V mindestens eine „Soll-Bestimmung“ werden.

Rahmenempfehlungen und Verträge – § 125 SGB V

Artikel 1, Nr. 8

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Durch die vorgesehene Aufhebung der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität soll den Vertragspartnern im Heilmittelbereich eine größere Flexibilität bei der Vereinbarung der Heilmittelpreise ermöglicht werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung grundsätzlich, fordert aber eine entsprechende auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Angesichts immer komplexer werdender Versorgungssituationen von zumeist multimorbiden Patienten und zur Sicherstellung der Versorgung, ist diese dringend notwendig.

Um den Vertragspartnern der häuslichen Krankenpflege eine bessere Berücksichtigung, der dynamischen Kostenentwicklung, insbesondere der Lohnkosten der Leistungserbringer sowie der veränderten Anforderungen der Versorgungsstrukturen zu ermöglichen, ist daher für die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege die Kopplung der Grundlohnsummensteigerung und damit die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität aufzuheben.

Für die Vereinbarung der Preise für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege wird, das zeigen diverse Verhandlungen nach § 132a SGB V, eine größere Flexibilität benötigt.

Die Vertragspartner würden dadurch in die Lage versetzt, eine angemessene Vergütung zu vereinbaren, die sich nicht vorrangig an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder orientiert. Vielmehr wären bei der Vereinbarung der Höhe der Vergütung die Interessen beider Vertragspartner zu berücksichtigen und auch Vertragsabschlüsse oberhalb der Veränderungsrate möglich.

C) Änderungsvorschlag

Der in § 125 SGB V vorgesehene neue Satz 2 – „Für die Verträge nach Satz 1 gilt § 71 nicht.“ – wird auch in § 132a Abs. 2 SGB V eingefügt.

Versorgung durch Vertragspartner – § 126 SGB V

Artikel 1, Nr. 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung wird verbindlich festgelegt, dass der Nachweis der Leistungserbringer von Hilfsmitteln für die Erfüllung der Pflichten nur durch Vorlage eines Zertifikates einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle) geführt werden kann. Künftig werden Präqualifizierungsstellen durch die nationale Akkreditierungsstelle als Zertifizierungsstellen akkreditiert.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des bpa wird bei dieser Regelung nicht hinreichend berücksichtigt, dass auch Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer von Hilfsmitteln auftreten können, wenn sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen. Anders als bei anderen Vertragspartnern wird die Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtungen bereits umfassend durch die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen des SGB V und SGB XI geprüft. Das schließt auch die Qualität der Hilfsmittelversorgung ein. Bereits für die Leistungserbringung von Hilfsmitteln zugelassenen Pflegeeinrichtungen ist daher ein Bestandsschutz zu gewähren. Es darf keinen Zwang zu einem erneuten Anerkennungsverfahren geben.

C) Änderungsvorschläge

Der Gesetzestext ist entsprechend der o.g. Änderungsvorschläge anzupassen.

Verträge – § 127 SGB V

Artikel 1, Nr. 10

A) Neuregelung

Qualitätskriterien bei Ausschreibungen:

Den Krankenkassen wird vorgegeben, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen von Ausschreibungsverträgen zur Hilfsmittelversorgung neben dem Preis auch andere Kriterien, wie Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit und Zugänglichkeit heranzuziehen. Die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht die Kosten oder den Preis betreffen, darf 40 % nicht unterschreiten.

Beratungspflicht:

Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und medizinisch notwendig sind.

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen:

Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch.

B) Stellungnahme

Qualitätskriterien bei Ausschreibungen:

Der bpa begrüßt es sehr, dass bei Ausschreibungen von Hilfsmitteln nicht mehr allein der Preis ausschlaggebend sein soll. In der Vergangenheit hat es hier teilweise einen Wettbewerb um den günstigsten Preis gegeben, der dazu geführt hat, dass Versicherte qualitativ minderwertige Produkte zur Inkontinenzversorgung erhalten haben.

Der bpa würdigt in dem Zusammenhang ausdrücklich die Initiative, die der Patientenbeauftragte der Bundesregierung nach Hinweisen des bpa ergriffen hat. Dabei hat sich herausgestellt, dass viele Versicherte aufgrund von qualitativ bedenklichen Inkontinenzprodukten freiwillig für bessere Produkte Zuzahlungen geleistet haben und dass gute, zuzahlungsfreie Inkontinenzprodukte kaum zu ermitteln waren (s. dazu auch die Begründung zu Artikel

1, Nr. 18, § 302 SGB V, Seite 40 des Referentenentwurfs). Einer solchen Praxis wird mit der hier vorgenommenen Regelung jetzt ein Riegel vorge-schoben. Davon werden nach Ansicht des bpa viele Versicherte profitieren.

Der bpa begrüßt auch, dass der Gesetzgeber festgelegt hat, in welchem Umfang andere Kriterien als der Preis bei der Ausschreibung zu berück-sichtigen sind (40 %). Eine solche Definition trägt zur Rechtsklarheit bei und erleichtert die Umsetzung.

Beratungspflicht:

Die vorgesehene Beratungspflicht ist sinnvoll. Bisher war nicht immer si-chergestellt, dass die Versicherten hinsichtlich der Hilfsmittel ausreichend beraten werden.

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen:

Bei den Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen bittet der bpa den Ge-setzgeber, zwischen einer Prüfung des Produkts und einer Prüfung der Dienstleistung zur Bereitstellung des Hilfsmittelprodukts zu unterscheiden. Die Sicherstellung der Produktqualität müssen Hersteller und Händler die-ser verantworten. Dementsprechend sind etwaige Prüfungen bei diesen vorzunehmen. Sofern Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer von Hilfsmitteln auftreten, ist es aus Sicht des bpa nicht notwendig die Dienst-leistung der Bereitstellung zu testen, weil diese bei Pflegeeinrichtungen be-reits über die im SGB V und SGB XI gesetzlich und vertraglich vorgesehe-nen Prüfungen erfolgt. Die Prüfung der Dienstleistung würde bei den Pfl-egeeinrichtungen zu erheblich mehr Bürokratie führen und ist angesichts der bereits durchlaufenen Präqualifizierung aus Sicht des bpa nicht mehr not-wendig. Zudem muss sichergestellt sein, dass nicht die Pflegeeinrichtun-gen für die Produktprüfung verantwortlich gemacht werden.

C) Änderungsvorschläge

Der Gesetzestext ist entsprechend der o.g. Änderungsvorschläge anzu-passen.

Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer – § 302 und § 303 SGB V

Artikel 1, Nr. 18

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Leistungserbringer werden in § 302 SGB V verpflichtet, im Rahmen des elektronischen Datenträgeraustauschs auch Angaben zu den Zuzahlungen zu den Hilfsmitteln an die Krankenkassen zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Sie sichert die in § 127 SGB V vorgenommene Berücksichtigung von Qualitätskriterien bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln ab.

Darüber hinaus fordert der bpa, die Änderung von § 302 SGB V für eine dringend notwendige Entbürokratisierung bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu nutzen und endlich auch die Umsetzung des elektronischen Datenträgeraustausches (DTA) im Rahmen der Leistungsabrechnung zwischen den Pflegeunternehmen und den Kranken- und Pflegekassen zu verbessern. Bisher ist der Datenträgeraustausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Kranken- bzw. Pflegekassen und insbesondere die Abrechnung der Leistungen mit viel Bürokratie und aufwendigen Dokumentationspflichten verbunden.

Die doppelte Einreichung von Abrechnungsunterlagen – einerseits elektronisch und andererseits auf Papier – ist widersinnig, sehr aufwendig und muss daher unbedingt beendet werden!

Konkret fordert der bpa eine Ergänzung des § 303 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V in dem Sinne, dass

1.) insbesondere für Leistungsnachweise eine ausschließlich elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbare Übermittlung auf Datenträgern an die Krankenkassen ausreicht und

2.) für Krankenkassen, die nicht bis zum 1.1.2017 den elektronischen Datenaustausch mit den Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege umgesetzt haben, ein Aufschlag von 5 % auf die Rechnungen fällig werden soll.

Dies entspricht der bisher allein für die Leistungserbringer geltenden Regelung aus § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V, die einen Abschlag von 5 % vorsieht, wenn der Leistungserbringer den nicht elektronischen Datenträgeraustausch zu verantworten hat. Hier muss das gleiche Recht auch auf die Krankenkassen Anwendung finden. Zugleich muss zwingend festgelegt werden, dass mit Einführung des elektronischen Datenträgeraustauschs jede Form von Papierrechnung entfallen muss.

Bereits im Jahr 1992 hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes die Krankenkassen verpflichtet, künftig nur noch dann Leistungen zu vergüten, wenn die entsprechende Abrechnung auf „maschinenlesbaren oder maschinell verwertbaren Datenträgern“ erfolgt. Viele Kranken- und Pflegekassen setzen diese Verpflichtung jedoch weder im SGB V noch im SGB XI um. Im Gegenteil – sie erschweren das Verfahren, indem sie von den über 13 000 Pflegediensten neben den elektronischen Nachweisen zusätzlich eine Versendung der „Urbelege“ per Post verlangen. Rechnungen müssen ebenfalls per Post verschickt werden, obwohl diese bereits über den DTA übermittelt wurden. Eine gesetzliche Grundlage für diese Forderungen gibt es nicht.

Es handelt sich schlicht um tradierte Verwaltungspraxis der Kassen. Dies führt zu doppelter Arbeit und unnötigem Aufwand – auch bei den Kassen – statt zu der gewünschten und dringend notwendigen Entbürokratisierung. Das Nachsehen haben die Pflegekräfte und in Folge der bürokratischen Aufwände alle Kostenträger und die Patienten.

Der vorliegende Gesetzentwurf bietet – nachdem eine entsprechende Anpassung im Rahmen des E-Health-Gesetzes leider unterblieben ist – den passenden Rahmen, um hier endlich zu einer bundesweiten Lösung zu kommen und die Umsetzung voranzutreiben. Der bpa hat daher folgenden Änderungsvorschlag entwickelt:

C) Änderungsvorschlag

§ 303 Abs. 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, dass

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder

teilweise abgesehen wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

Urbelege und Leistungsnachweise der Leistungserbringer sind den Krankenkassen nur auf deren besondere Anforderung vorzulegen oder vor Ort beim Pflegedienst zu prüfen. Dabei sind auch Dateien und Ausdrücke solcher Leistungsnachweise für die Abrechnung anzuerkennen, die von den Leistungserbringern mittels elektronischer Datenverarbeitung erstellt wurden, sofern sie den Anforderungen an eine Personalidentifikation genügen.

Der § 303 Abs. 3 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(3) Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. **Kann die elektronische Datenübertragung oder maschinell verwertbare Datenübermittlung durch die Leistungserbringer nicht erfolgen, weil die Krankenkassen stattdessen oder zusätzlich papiergebundene Abrechnungsunterlagen anfordern, haben die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2017 die mit der Erstellung und Übersendung der papiergebundenen Abrechnungsunterlagen verbundenen Zusatzkosten dem betroffenen Leistungserbringer durch einen pauschalen Rechnungsaufschlag in Höhe von bis zu 5 von Hundert des jeweiligen Rechnungsbetrages zu erstatten.** Für die Angabe der Diagnosen nach § 295 Abs. 1 gilt Satz 1 ab dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung der überarbeiteten Zehnten Fassung des Schlüssels gemäß § 295 Abs. 1 Satz 3.