

f.m.p. e.V. • Hugo-Junkers-Str. 22 • 50739 Köln

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221 - Grundsatzfragen der GKV -

Per E-Mail: 221@bmg.bund.de

f.m.p.-Stellungnahme zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung
der Heil- und Hilfsmittelversorgung**
(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)

12. Juli 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber mit dem HHVG Fehlentwicklungen in der Versorgungsrealität korrigieren und die Qualität in der Hilfsmittelversorgung stärken will. Die f.m.p. ist der Auffassung, dass der Gesetzgeber hierzu die richtigen Themen- und Gestaltungsfelder identifiziert hat. Um die Ziele einer Weiterentwicklung und Verbesserung der Ergebnisqualität in der Hilfsmittelversorgung zu erreichen, sollten die geplanten Maßnahmen aber konkretisiert und für alle Beteiligten verbindlicher gestaltet werden. Die f.m.p. Anmerkungen zu den vorgesehen Regelungen nachstehend:

1) Präqualifizierungsverfahren / § 126 Abs. 1a SGB V

§ 126 wird wie folgt geändert: Absatz 1a wird wie folgt geändert
Die Sätze 2 bis 4 werden durch folgende Sätze ersetzt.

(1a) **[1]**Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind.

Bisherige Fassung:

~~**[2]**Sie haben von der Erfüllung auszugehen, wenn eine Bestätigung einer geeigneten Stelle vorliegt. **[3]**Die näheren Einzelheiten des Verfahrens nach Satz 2 einschließlich der Bestimmung und Überwachung der geeigneten Stellen, Inhalt und Gültigkeitsdauer der Bestätigungen, der Überprüfung ablehnender Entscheidungen und der Erhebung von Entgelten vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene. **[4]**Dabei ist sicherzustellen, dass Leistungserbringer das Verfahren unabhängig von einer Mitgliedschaft bei~~

Mitgliedsverbände der **f.m.p.**

- **BVS** e.V.
Bundesverband des Sanitätsfachhandels
- **EGROH** e.G.
- **sanum** e.V.
Spitzenverband ambulante Nerven- und Muskelstimulation
- **ZMT** e.V.
Zentralvereinigung medizin-technischer Fachhändler, Hersteller, Dienstleister und Berater

~~einem der Vereinbarungspartner nach Satz 3 nutzen können und einen Anspruch auf Erteilung der Bestätigung haben, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen.~~

Geplante Fassung:

[2]Die Leistungserbringer führen den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 durch Vorlage eines Zertifikates einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle). **[3]**Die Leistungserbringer haben einen Anspruch auf Erteilung des Zertifikats, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen.

~~**[5]**[4]Erteilte Bestätigungen~~ Zertifikate sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle feststellt, dass die Voraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllt sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt. ~~**[6]**[5]Die in der Vereinbarung nach Satz 3 bestimmten erteilenden Stellen dürfen die für die Feststellung und Bestätigung~~ den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern erheben, verarbeiten und nutzen. ~~**[7]**[6]Sie dürfen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Bestätigungen~~ Zertifikate einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten unterrichten. ~~**[8]**[7]Der Spitzenverband Bund ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen bekannt zu geben.~~

Mit der geplanten Änderung der Sätze 2-4 wird das gesamte Präqualifizierungsverfahren einschließlich der Vereinbarung vom 29.03.2010 zwischen GKV Spitzenverband Bund und den Leistungserbringerverbänden samt dem darin verankerten Präqualifizierungs-Beirat gestrichen. Ein Ersatz ist im Entwurf nicht zu erkennen. Damit verschwindet das bisher einzige gesetzlich verankerte Verfahren, in dem die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband gleichberechtigt an einem Tisch gesessen haben.

Wenn es dabei bleibt, bedeutet das Rückkehr zum Verwaltungsrecht und zu Verwaltungsakten, auch bzgl. der Fortschreibungen der PQ-Kriterien.

Konsequenterweise müsste dann ein neuer Rechtsweg definiert werden, auf dem die Antragssteller (Leistungserbringer) ihre Rechte bezüglich der Erteilung der Zertifikate geltend machen können:

Ein neues Beschwerdeverfahren, neue Beschwerdestellen, neue Schiedsstellen.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Änderung bei der Benennung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen erreicht nicht das gewünschte Ziel, die Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten.

Das Akkreditierungsverfahren bei der DAkkS sichert lediglich eine Überwachung der Prozessqualität bei den verwaltungstechnischen Abläufen in den Präqualifizierungsstellen. Eine Verbesserung der **Ergebnisqualität** (inhaltliche Qualität)

bei den Zertifikaten wird dadurch **nicht** erreicht. Gerade der Inhalt der Zertifikate ist aber entscheidend für die gewünschte Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung.

Das Verbot der wirtschaftlichen, personellen oder organisatorischen Verflechtung von Präqualifizierungsstellen mit Leistungserbringern und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern war auch bisher – bis auf zwei bekannte Ausnahmen von knapp 30 PQ-Stellen – kein nennenswertes Problem.

Dafür wird das Verfahren allerdings um ein Vielfaches verteuert. Die Kosten für eine DAkkS-Akkreditierung belaufen sich pro PQ-Stelle etwa auf einen sechsstelligen Betrag, rund 100.000,- bis 120.000,- €. Diese Kosten dürften wohl für den Großteil der PQ-Stellen das wirtschaftliche „Aus“ bedeuten. Die bisher üblichen Präqualifizierungskosten werden voraussichtlich von bisher durchschnittlich 600 – 1.000,- € auf gut das Dreifache oder mehr steigen, **ohne** eine bessere Ergebnisqualität sicher zu stellen.

2) Ausschreibungen / Kosteneinsparungen / Versorgungsqualität / § 127 Abs. 1 SGB V

Kosteneinsparungen zu Lasten der Versorgungsqualität waren bei den Versorgungsverträgen mit Krankenkassen in den letzten Jahren leider zunehmende Realität, ganz besonders ausgeprägt bei Ausschreibungsverträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V. Leider lässt der Referentenentwurf keine Besserung dieser Problematik erkennen.

Der Referentenentwurf sieht zwar vor, dass bei der Zuschlagserteilung zu mindestens 40% nicht finanzielle Qualitätsaspekte zu berücksichtigen sind. Eine konkrete Definition dieser Qualitätsaspekte ist im Gesetzentwurf aber nicht enthalten. Bisher haben die ausschreibenden Kassen Fragen nach Qualität bei den Ausschreibungen stets mit dem Bezug auf die Inhalte des Hilfsmittelverzeichnisses beantwortet. Es ist nicht erkennbar, warum sie dies in Zukunft nicht mehr tun sollten.

Solange keine Kriterien für die geforderten Qualitätsaspekte definiert sind – und zwar mindestens dahingehend, dass ein Bezug auf das Hilfsmittelverzeichnis nicht ausreicht – ist deshalb nicht erkennbar, warum sich bezüglich der Zuschlagserteilung für das billigste Angebot etwas ändern sollte.

Darüber hinaus sind im vorliegenden Referentenentwurf keine konkreten Eingrenzungen bei den für Ausschreibungen geeigneten Hilfsmitteln enthalten. Den Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen vom 02.09.2009 fehlt die Verbindlichkeit. Sie werden deshalb in der letzten Zeit immer weniger beachtet; im Mai dieses Jahres kam es sogar zu einer Ausschreibung im „handwerklichen Bereich“ (PG 08 / Einlagen), obwohl der Gesetzgeber dies im § 127 Abs. 1 SGB V ausdrücklich als nicht zweckmäßig bezeichnet. Auch hier ist nicht erkennbar, warum sich am Ausschreibungs- und Zuschlagsverhalten der Kassen etwas ändern sollte.

Für die Überwachung der Erfüllung der vertraglichen Pflichten wird im Referentenentwurf der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Empfehlungen zur Ausgestaltung der

Überwachung zu geben. Demnach hat hier der Spitzenverband die alleinige Federführung. Ein Mitspracherecht von Betroffenen- oder Leistungserbringerverbänden ist nicht vorgesehen. Damit ist eine „echte“ Verbesserung nicht zu erwarten.

Beratungspflicht und Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln: Bei Verhandlungsverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V ist dies üblich. Die Problematik stellt sich fast ausschließlich bei den Ausschreibungsverträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V. Leider gilt aber auch in diesem Zusammenhang: Solange keine Kriterien für die geforderten 40 % Qualitätsaspekte bei Ausschreibungen definiert sind – und zwar mindestens dahingehend, dass ein Bezug auf das Hilfsmittelverzeichnis nicht ausreicht – stellt auch eine Wahl zwischen verschiedenen (minderwertigen) Hilfsmitteln keine Lösung dar.

Das gleiche gilt auch für das „Mehr-Partner-Modell“ im Rahmen von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich. Solange keine Kriterien für die geforderten 40 % Qualitätsaspekte bei Ausschreibungen definiert sind – und zwar mindestens dahingehend, dass ein Bezug auf das Hilfsmittelverzeichnis nicht ausreicht – hilft auch ein Mehr-Partner-Modell nicht. Auch „mehrere Partner“ mit zu niedrigen / unwirtschaftlichen Ausschreibungsangeboten bieten den Versicherten keinen Schutz vor unberechtigten wirtschaftlichen Aufzahlungen. Die Versicherten haben dann lediglich die Wahl, an welchen der „Mehr-Partner“ sie die Aufzahlungen leisten.

Bisher ist das Ergebnis der Ausschreibungen grundsätzlich nicht ein „Einsparungseffekt“ für die Kostenträger, sondern eine Verlagerung der Kosten für die Versorgung weg von den Kostenträgern hin zu den Versicherten. Es ist dem Referentenentwurf nicht zu entnehmen, wie dem Abhilfe geschaffen werden soll oder kann. Das entspricht – nach wie vor – nicht dem gesetzlich geforderten Sachleistungsprinzip. Eine Verbesserung für die Versicherten ist nicht erkennbar.

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen abzugeben insbesondere zum Umfang der Stichproben in den jeweiligen Produktbereichen, zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten und zu Kriterien für Auffälligkeitsprüfungen.

Hier muss präziser festgelegt werden, was an „Mindest-Kriterien“ einzuhalten ist:

Wann sind „Stichproben“ als ausreichend anzusehen:

Bei mind. 3 % der Versorgungsfälle?

Bei mind. 5 % der Versorgungsfälle?

Bei mind. 10 % der Versorgungsfälle?

Bei mind. 30 % der Versorgungsfälle?

Wann sind „Befragungen“ als ausreichend anzusehen:

Bei mind. 3 % der Versorgungsfälle?

Bei mind. 5 % der Versorgungsfälle?

Bei mind. 10 % der Versorgungsfälle?

Bei mind. 30 % der Versorgungsfälle?

Die Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten darf darüber hinaus nicht durch die Krankenkassen alleine erfolgen. In der Vergangenheit haben Krankenkassen, Verträge geschlossen, bei denen es offenkundige Missverhältnisse zwischen den vertraglich geforderten Leistungen und deren Kostenerstattung gab. Mithin wurde seitens dieser Krankenkassen billigend in Kauf genommen, dass der Leistungserbringer vertragliche Leistungen zu Lasten des Patienten unterlässt, dafür aber den niedrigen Vertragspreis halten kann. An einem Qualitätscontrolling waren die Krankenkassen folglich in der Vergangenheit nicht interessiert. Kritik an dieser offenkundigen Unmöglichkeit der Leistung entgegneten die Krankenkassen mit dem Verweis auf positive interne Qualitätsprüfungen und Versichertenbefragungen.

Es besteht daher das Risiko, dass Krankenkassen, denen es einseitig um niedrigstmögliche Preise geht, Qualitätskontrollen nicht sachgemäß ausführen, um ihre rein kostenorientierte Leistungs politik nach außen zu rechtfertigen. Hierfür gibt es zahlreiche Beispiele aus der Versorgungspraxis, die wir belegen können. Aus diesem Grund muss das Vertrags- und Qualitätscontrolling im Patienteninteresse zwingend durch bzw. mit Unterstützung unabhängiger Dritter erfolgen. Eine reine Kontrolle durch die Krankenkassen wird die Defizite in der Versorgungsrealität nicht offenlegen, sondern wie in der Vergangenheit auch, eher verdecken.

3) Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten

Die Beratungs- und Informationsrechte der Versicherten sollen gestärkt werden.

Beratungspflicht und Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln sowie „Mehr-Partner-Modell“ im Rahmen von Ausschreibungen:

Es gilt das unter Ziffer 2) Ausschreibungen / Kosteneinsparungen / Versorgungsqualität / § 127 Abs. 1 SGB V gesagte: Solange keine Kriterien für die geforderten 40 % Qualitätsaspekte bei Ausschreibungen definiert sind – und zwar mindestens dahingehend, dass ein Bezug auf das Hilfsmittelverzeichnis nicht ausreicht – ist für die Versorgungsqualität und damit auch für die Versicherten eine Verbesserung nicht erkennbar.

Im § 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V werden die Wörter „auf Nachfrage“ gestrichen. Das ist grundsätzlich richtig und gut, aber nicht ausreichend definiert. Es ist notwendig festzulegen, was die Kassen offenlegen müssen. Die Offenlegungspflicht muss für alle Kassen gleich sein, damit Vergleichbarkeit erreicht wird. Dazu gehört insbesondere, dass den Versicherten der von der Kasse vergütete Preis offengelegt werden muss. Wie sollen die Versicherten sonst die Relation zwischen Vertragspreis und wirtschaftlicher Aufzahlung beurteilen können? Erst durch die sichtbar gemachte Differenz zwischen dem vom Ausschreibungsgewinner an die Kasse angebotenen Versorgungspreis und der später vom Versicherten geforderten wirtschaftlichen Aufzahlung kann der Missbrauch bei den Ausschreibungen deutlich werden: Adressenkauf von zu versorgenden Versicherten / Einsparungen für die Kostenträger durch Verlagerung eines Großteils der Versorgungskosten hin zu den Versicherten.

4) Hilfsmittelverzeichnis

Bis 2018 kann – bei realistischer Betrachtung – nur eine oberflächliche, keine grundlegende Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnisses umgesetzt werden.

Der Spitzenverband soll eine Verfahrensordnung erstellen, in der das Nähere zum Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses geregelt wird. Wie soll der GKV-SV das bewerkstelligen? Mit welcher Expertise?

Die im Gesetzesentwurf geforderten Angaben zum Dienstleistungsanteil können nur von den Leistungserbringern gemacht werden. Ähnliches gilt für die Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel. Auch hier ist zu fragen: Wie soll der Spitzenverband das bewerkstelligen? Mit welcher Expertise?

Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene soll ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden und der GKV-Spitzenverband hat die Stellungnahmen bei seiner Entscheidung über die Verfahrensordnung einzubeziehen. Damit soll zwar eine Auseinandersetzung mit den Inhalten der Stellungnahmen gewährleistet werden. Die alleinige Federführung hat aber der Spitzenverband. Auch hier steht wieder die Frage der Verbindlichkeit im Raum.

Das Stellungnahmerecht ist aber noch weniger bindend als Empfehlungen, siehe: Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen und den Umgang der Kassen damit. Aus der bisherigen Erfahrung bei der Wirkung von Empfehlungen geht eindeutig hervor, dass die Kassen „Empfehlungen“ nicht oder nur dann berücksichtigen, wenn sie sich einen Vorteil davon versprechen.

Ein Mitspracherecht von Betroffenen- oder Leistungserbringerverbänden ist nicht vorgesehen. Damit bliebe das Hilfsmittelverzeichnis – wie bisher auch – eine genehmigungstechnische Hilfe für die SoFa der Kassen ohne ernsthafte Hinweise auf die Qualität eines Hilfsmittels. Eine grundlegende Verbesserung ist so nicht zu erwarten.

Grundlegende Aktualisierungen des Hilfsmittelverzeichnis insbesondere von redaktionellen Inhalten, die die Struktur- und Prozessqualität der Versorgung betreffen, können vom GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, Hersteller und Fachverbände heute zwar gemeinsam erarbeitet, dann aber von den Gremien der Krankenkassen innerhalb des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt werden. Innovationen oder Verbesserungen, die einen Patientennutzen aber möglicherweise einen höheren Aufwand für die Krankenkassen mit sich bringen, können von diesen einseitig verweigert werden. Eine sinnvolle Fortschreibung und Anpassung der Hilfsmittelversorgung an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse, wie es der Wille des Gesetzgebers vorsieht, wird heute durch die Möglichkeit der einseitigen Interessensdurchsetzung nicht umgesetzt. Die Inhalte des Hilfsmittelverzeichnisses spiegeln daher heute zu einem großen Teil die rein kostenorientierte Politik der Krankenkassen wider.

Empfehlungen zur Struktur- und Prozessqualität der Hilfsmittelversorgung, die vom GKV-Spitzenverband und den Leistungserbringerorganisationen zukünftig einvernehmlich vereinbart werden, müssen zukünftig für die Ausschüsse und Gremien der Krankenkassen innerhalb des GKV-Spitzenverbandes verbindlich sein. Ansonsten sind keine Verbesserungen in der Patientenversorgung zu erwarten.

In den redaktionellen Teilen des Hilfsmittelverzeichnisses sind heute schon viele Qualitätsaspekte enthalten. Auch sollen gemäß des HHVG in Zukunft zur Verbesserung der Prozessqualität Dienstleistungen in das HMV aufgenommen werden. Bisher ist es aber so, dass die Krankenkassen diese Inhalte in ihren Verträgen umsetzen können aber nicht müssen.

Es kann aber nicht sein, dass der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen in jahrelanger Arbeit Versorgungsstandards entwickeln und sich die einzelne Krankenkasse diesen dann einfach entziehen kann und den Versicherten damit auch eine Versorgung nach dem Stand der Technik / Wissenschaft vorenthält. Es bestehen heute schon massive Leistungsunterschieden bei der Hilfsmittelversorgung abhängig davon, bei welcher Krankenkasse der Patient versichert ist. Diese sind dem Patienten aufgrund fehlender Transparenz bisher nicht bewusst. Der Versicherte kann heute nicht darauf vertrauen, dass die Leistungen des SGB V bei allen Krankenkassen umgesetzt werden. Insofern müssen die Krankenkassen verpflichtet werden, die Inhalte des Hilfsmittelverzeichnisses, insbesondere die redaktionellen Inhalte, die sich auf die Prozessqualität beziehen, in ihren Verträgen umzusetzen.

Jede Aktualisierung und Anpassung des Hilfsmittelverzeichnisses ist wenig sinnvoll, solange die Krankenkassen diese nicht verbindlich in ihren Verträgen umsetzen müssen. Daher ist eine Verpflichtung in das Gesetz aufzunehmen.

5) Erfüllungsaufwand / Kostenaufwand

Den Leistungserbringern entsteht durch die erweiterten Beratungs- und Dokumentationspflichten ein wiederkehrender, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Hier stellt sich die Frage: Wem soll das nützen? Eine Beratungspflicht gab es bisher auch.

Den Leistungserbringern entsteht durch die Verpflichtung, den Krankenkassen die für das Vertragscontrolling erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichneten Beratungsbestätigungen vorzulegen sowie durch die ggf. erforderliche Vorlage der personenbezogenen Dokumentation des Behandlungsverlauf ein wiederkehrender, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Hier stellt sich die Frage: Was soll das bezwecken? Solange nicht definiert wird, wie die Kassen diese Dokumentation auswerten (müssen), ist ein Nutzen für die Versicherten und die Versorgungsqualität nicht erkennbar.

Den Leistungserbringern entsteht durch die Verpflichtung, im Rahmen der Abrechnung mit den Krankenkassen auch die Höhe der gegebenenfalls mit den Versicherten

vereinbarten Mehrkosten anzugeben, ein wiederkehrender geringfügiger Erfüllungsaufwand. Dieser Mehraufwand kann im Zusammenhang mit Ausschreibungsverträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V akzeptiert werden, wenn festgelegt wird, welche Konsequenzen die Kassen aus diesen Angaben zu ziehen haben.

Durch die Vorgabe, dass sich die Präqualifizierungsstellen bei der DAkkS akkreditieren lassen müssen, entsteht für die Leistungserbringer und für die Präqualifizierungsstellen ein erheblicher Kostenaufwand. Die Kosten für die DAkkS-Akkreditierung in sechsstelliger Höhe müssen die Präqualifizierungsstellen auf die Präqualifizierungskosten umlegen. (siehe Punkt 1) Präqualifizierungsverfahren / § 126 Abs. 1a SGB V letzter Absatz). Die bisher üblichen Präqualifizierungskosten alle fünf Jahre werden voraussichtlich auf gut das Dreifache oder mehr steigen, **ohne** eine bessere Ergebnisqualität sicher zu stellen. Das ist unwirtschaftlich und nicht akzeptabel.

6) Fazit:

Mit der Abschaffung des Präqualifizierungsverfahrens nach § 126 Abs. 1a SGB V in der bisherigen Fassung werden die Mitwirkungsmöglichkeiten der Leistungserbringer, ihrer Verbände und der Betroffenenverbände erheblich eingeschränkt.

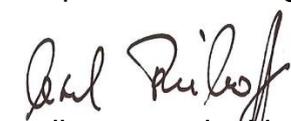
Das für den Bereich der Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnis den Leistungserbringerverbänden zugestandene „Stellungnahmerecht“ entspricht dem auch bisher vom Spitzenverband gewährten Anhörungsrecht. Stellungnahmen / Anhörungen sind aber nicht verbindlich. Eine Konsequenz erwächst für den Spitzenverband und die Kassen bei Nichtbeachtung der Stellungnahmen demnach nicht. Die Qualität des Hilfsmittelverzeichnis wird nicht verbessert. Die Position der Versicherten und der Leistungserbringer wird durch den vorliegenden Gesetzentwurf deutlich geschwächt.

Eine Lösung für die Ausschreibungsproblematik (Missbrauch: Adressenkauf / Einsparungen für die Kostenträger durch Verlagerung eines Großteils der Versorgungskosten hin zu den Versicherten) ist in der derzeitigen Fassung nicht erkennbar. Das Sachleistungsprinzip wird nicht gestärkt.

Dem erhöhten Erfüllungsaufwand der Leistungserbringer steht keine Verbesserung der Versorgungsqualität für die Versicherten gegenüber. Den drastisch steigenden Kosten für die Präqualifizierung der Leistungserbringer steht keine Verbesserung der (inhaltlichen) Ergebnisqualität beim Präqualifizierungsverfahren gegenüber.

Mit freundlichem Gruß

f.m.p.– Fachvereinigung Medizin Produkte e.V.



stellvertretender Vorsitzender
Dr. Axel Friehoff