



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Entwurf eines Gesetzes zur  
Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung  
(HHVG) vom 24. Juni 2016

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>4</b>
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 37 Häusliche Krankenpflege .....	4
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 64d – neu –Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung .....	4
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge.....	6
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 10 § 127 Verträge .....	6
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 17 § 284 Grundsätze der Datenverwendung.....	9
• Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 18 § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer.....	9
<b>3. Ergänzender Änderungsbedarf .....</b>	<b>10</b>
• Änderungsvorschlag 1: Zulassung Heilmittelerbringer .....	10
• Änderungsvorschlag 2: Vereinheitlichung der Zuzahlungsregelungen bei Pflegehilfsmitteln .....	10
• Änderungsvorschlag 3: Externe Hilfsmittelberater legitimieren .....	11

## 1. Vorbemerkung

Kernanliegen des Referentenentwurfs ist es, die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu stärken und die Heilmittelerbringung finanziell aufzuwerten. Daneben sind Änderungen im Bereich der Wundversorgung vorgesehen; Aufwände von Patientenorganisationen für ihre Beteiligung an Selbstverwaltungsgremien sollen finanziell ausgeglichen werden. An den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) wird der Auftrag erteilt, eine Richtlinie zum Schutz von Sozialdaten zu erstellen.

Der vdek begrüßt die vorliegende Gesetzesinitiative grundsätzlich. Zentrale, aus Sicht des vdek wesentliche Punkte werden gesondert in Teil 2 kommentiert. Ergänzender Änderungsbedarf findet sich in Teil 3.

## 2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 37 Häusliche Krankenpflege

### Sachverhalt

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, in den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zu regeln. Die Neuregelung bezieht sich insbesondere auf den Ort der Leistungserbringung. Zukünftig soll eine Versorgung auch außerhalb der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten, nämlich in Wundzentren erfolgen können.

### Bewertung

Aus Sicht des vdek sind keine Defizite in der Versorgung von chronischen Wunden erkennbar. Die Wundversorgung ist eine ärztliche Leistung, die bereits heute im Rahmen der häuslichen Krankenpflege durch Pflegedienste erbracht wird. In besonders schweren Einzelfällen haben Pflegedienste die Möglichkeit, externen Sachverstand hinzuzuziehen (Wundmanager) und erhalten hierfür Vergütungszuschläge von den Krankenkassen. Darüber hinaus haben die Ersatzkassen integrierte Versorgungsverträge abgeschlossen, über die die Versorgung chronischer Wunden sichergestellt ist. Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind ausschließlich in der Häuslichkeit oder im häuslichen Umfeld des Betroffenen zu erbringen. Die Öffnung des Leistungsortes in § 37 SGB V hätte zur Folge, dass Patienten, die bisher ambulant, stationär, im Rahmen einer IV-Versorgung oder anderweitig versorgt wurden, auch Anspruch auf Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege hätten. Dies birgt die Gefahr der Doppelfinanzierung über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und die häusliche Krankenpflege und entspricht in keinem Maße dem Prinzip der häuslichen Krankenpflege.

### Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 64d – neu – Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung

### Sachverhalt

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden der Heilmittelerbringer flächendeckend auf Landesebene Modellvorhaben zur sogenannten „Blankoverordnung“ vereinbaren.

## **Bewertung**

Der § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V ermöglicht es den Krankenkassen als „Kann-Regelung“ bereits heute, Modellvorhaben zur Blankoverordnung mit Physio- und Ergotherapeuten zu vereinbaren. Solche Modellvorhaben wurden von der IKK Berlin-Brandenburg und der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit (BIG) vereinbart. In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE teilte die Bundesregierung am 9. Dezember 2015 mit, zunächst die Abschlussberichte zu diesen Modellvorhaben abwarten zu wollen, bevor sie prüft, ob und inwieweit weitere Maßnahmen möglich und sinnvoll sind (Drucksache 18/6974). Diese Abschlussberichte liegen bislang nicht vor und sollten zunächst abgewartet werden. Sofern sich im Anschluss an diese Evaluation das Erfordernis für weitere Versorgungsforschung ergibt, könnte dies auf der bestehenden Grundlage des § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V erfolgen; gefördert aus Mitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V.

Problematisch ist, dass die verpflichtenden Modellvorhaben nicht nur flächendeckend, sondern auch kassenartenübergreifend einheitlich aufzulegen sind. Dies, zusammen mit der Möglichkeit, in den Verträgen zu den Modellvorhaben von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Nr. 6 SGB V abweichen zu können, wird zu Konflikten mit den bisher zwischen den einzelnen Kassenarten und den Verbänden der Heilmittelerbringer bilateral vereinbarten Versorgungsverträgen führen. Es ist auch nicht ersichtlich, wie eine aussagekräftige Evaluation der Modellvorhaben erfolgen soll; schließlich fehlt eine Vergleichsgruppe.

Der Referentenentwurf sieht ferner vor, der höheren Verantwortung der Heilmittelerbringer für die Mengen- und letztlich Ausgabenentwicklung Rechnung zu tragen. In der Praxis bedeutet dies, dass die Ausgabenverantwortung von den Vertragsärzten auf die Heilmittelerbringer verlagert wird. Dementsprechend müssten mit den Heilmittelerbringern Ausgabenobergrenzen analog zu § 84 SGB V und Mechanismen der Wirtschaftlichkeitsprüfung analog zu § 106b SGB V vereinbart werden. Dies erfordert den Aufbau bisher nicht existenter und kostspieliger Strukturen.

§ 64d SGB V ist mit Blick auf seine Zielstellung nicht erforderlich und würde bei seiner Einführung zahlreiche Umsetzungsprobleme verursachen.

## **Änderungsvorschlag**

Nummer 4 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 8  
§ 125 Rahmenempfehlungen und Verträge

### **Sachverhalt**

Für die Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern von Heilmitteln soll die bisher durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen markierte Obergrenze für Vergütungsanhebungen nach § 71 SGB V aufgehoben werden. Daneben werden Fristen für die Schiedsperson vorgegeben.

### **Bewertung**

Die Ausgaben für Heilmittel verzeichnen bereits heute mit die höchsten Zuwächse. GKV-weit stiegen sie ausweislich der Statistik KV 45 im Jahr 2015 um 7,2 Prozent und überschritten erstmalig die Schwelle von 6 Milliarden Euro. Im ersten Quartal 2016 betrug der Zuwachs 9,6 Prozent (1,59 Milliarden Euro).

Es steht zu erwarten, dass diese Ausgabenzuwächse infolge der mit § 125 Absatz 3 SGB V eingeführten verbindlichen Preisuntergrenzen in den folgenden Jahren weiter an Dynamik gewinnen werden. Um diese verbindlichen Preisuntergrenzen zu erreichen, wurde bereits die Begrenzung durch die gemäß § 71 Absatz 3 SGB V festgestellte Veränderungsrate aufgehoben. Aufgrund der erst im Juni 2016 erfolgten Bekanntgabe der Preisuntergrenzen durch den GKV-SV kann diese Regelung erst ab dem Jahr 2017 seine volle Wirkung entfalten. Die tatsächlichen Auswirkungen dieser Regelung sollten zunächst abgewartet werden, bevor weitere Abweichungen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Erwägung gezogen werden. Der vdek lehnt daher die geplante Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung ab.

Zudem werden erstmalig Fristen für die Schiedsperson vorgegeben. Die Fristen erscheinen sehr kurz und sind für eine inhaltliche Beratung im Rahmen eines Schiedsverfahrens nicht zielführend.

### **Änderungsvorschlag**

Nummer 8 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 10  
§ 127 Verträge

### **Sachverhalt**

Die Krankenkassen sollen zukünftig bei Ausschreibungen die Qualität mehr berücksichtigen. Die Versicherten sollen die Wahl zwischen mehreren aufzahlungsfreien Hilfsmitteln haben. Die Beratungspflicht der Leistungserbringer wird erstmalig gesetzlich normiert. Die Krankenkassen müssen die Versicher-

ten künftig über die Verträge und Leistungsansprüche informieren und sollen künftig Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchführen. Hierfür können sie die notwendigen Daten bei den Leistungserbringern anfordern. Bei patientenbezogenen Daten ist eine vorherige Zustimmung des Patienten notwendig. Für die Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen soll der GKV-SV Empfehlungen erstellen.

### **Bewertung**

Dass bei Ausschreibungen die Qualität mehr berücksichtigt werden soll, wird ausdrücklich begrüßt, sollte aber nicht nur auf die Ausschreibungsverträge beschränkt werden. Die vorgeschlagene Regelung zur Gewichtung der Qualitätskriterien geht zwar von der Intension her in eine ähnliche Richtung der Qualitätsverbesserung, verfehlt aber dieses Ziel vielfach, weil es sich nur auf Ausschreibungsverträge beschränkt und den Nährboden für Unterkostenangebote, die in der Vergangenheit zu erheblichen Qualitätsdefiziten geführt haben, bildet. Anbieter, die die genannten Qualitätskriterien nicht erfüllen, werden mehr denn je versuchen, durch einen besonders günstigen Preis den Zuschlag zu erhalten.

Die Versorgungsverträge sind unabhängig vom Vertragstyp unter der Prämisse der medizinischen Notwendigkeit, der Zweckmäßigkeit, der Funktionalität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsleistungen sowie unter Beachtung des Hilfsmittelverzeichnisses zu schließen. Für einen Qualitätswettbewerb im Sinne der Versicherten kann nur eine Öffnungsklausel für Kriterien über das HMV hinaus den Krankenkassen wirkliche Spielräume bei der Vertragsgestaltung schaffen.

Zudem sollen Versicherte die Wahl zwischen mehreren aufzahlungsfreien Hilfsmitteln erhalten. Dabei ist der individuelle medizinische Bedarf des Versicherten im Einzelfall zu berücksichtigen. Ferner sollen Krankenkassen ebenfalls die Möglichkeit bekommen, sogenannte Mehrpartnermodelle auszuschreiben. Dadurch können bei einer Ausschreibung mehrere Leistungserbringer den Zuschlag erhalten. Dies kann sinnvoll sein, um den Versorgungsablauf der Versicherten sicherzustellen, wenn beispielsweise ein Hersteller Lieferschwierigkeiten hat. Die Regelung kann aber zulasten der Wirtschaftlichkeit gehen, weshalb geprüft werden sollte, auf welche Produkte bzw. Produktgruppen sie Anwendung finden soll.

Dass die Beratungspflicht der Leistungserbringer erstmalig gesetzlich normiert wird, ist zu begrüßen. Dies ist aufgrund der Fehlentwicklung der letzten Jahre zwingend erforderlich. Für einen effizienten Verfahrensablauf ist die Form und der Inhalt in den Verträgen zu regeln. Die Verpflichtung der Krankenkassen, über die Leistungsansprüche zu informieren, wird ebenfalls begrüßt. Es sollte den Kassen aber ermöglicht werden, diese Informationen auch über das Internet zu veröffentlichen. Beachtet werden muss, dass die Krankenkassen bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln erst bei der Abrechnung über die Versorgung Kenntnis gelangen.

Dass die Krankenkassen das Recht erhalten, für Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen die notwendigen Daten bei den Leistungserbringern anfordern zu können, ist zwingend. Die Regelung gewährleistet, dass den Krankenkassen auch wirklich Daten vorliegen. Dadurch wird die Regelung umsetzbar und kann in der Praxis sinnvoll eingesetzt werden. Im Rahmen der Gesetzesbegründung sollte darauf hingewiesen werden, dass ein zusätzliches Instrument für das Vertragscontrolling geschaffen wird.

### **Änderungsvorschlag**

§ 127 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

(1) <sup>1</sup>Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, können die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgung oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. <sup>2</sup>Dabei haben sie eine hinreichende Auswahl *unter individuell geeigneten Hilfsmitteln ohne Mehrkosten*, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 4 sicherzustellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. <sup>3</sup>Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten; *die Krankenkassen können zusätzliche Anforderungen an die Qualität aufstellen*. <sup>4</sup>Verträge nach Satz 1 können mit mehreren Leistungserbringern abgeschlossen werden. <sup>5</sup>Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.

§ 127 Absatz 1 b:

Der im Referentenentwurf ergänzte § 1 b wird gestrichen. Eine sachgerechte Alternative wird in Absatz 1 Satz 3 vorgeschlagen.

§ 127 Absatz 2 bis 4a:

Den Formulierungen im Referentenentwurf wird gefolgt mit der Ausnahme, dass im Absatz 4a der Satz <sup>2</sup> wie folgt geändert wird: *Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 zu dokumentieren und durch den Versicherten bestätigen zu lassen, Form und Inhalt ist in den Verträgen zu regeln*.

§ 127 Absatz 5, 5a und 5b:

Den Formulierungen im Referentenentwurf wird gefolgt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 17  
§ 284 Grundsätze der Datenverwendung

**Sachverhalt**

Für das Vertragscontrolling der Kassen sind den Kassen Überwachungsmöglichkeiten einzuräumen. Das können beispielsweise sogenannte Verlaufsdocumentationen sein. Die Regelung wird durch die Ersatzkassen begrüßt.

**Bewertung**

Dies ist eine datenschutzrechtliche Folgeregelung zu § 127 Absatz 5a SGB V. Sie ist erforderlich, damit die Krankenkassen diese Daten auch erheben und speichern dürfen.

**Änderungsvorschlag**

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 18  
§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

**Sachverhalt**

Die Leistungserbringer werden verpflichtet, über die in § 302 Absatz 1 genannten Abrechnungsdaten hinaus auch anzugeben, in welcher Höhe mit einem Versicherten Mehrkosten abgerechnet worden sind.

**Bewertung**

Bislang waren die Höhen der Aufzahlung den Krankenkassen nicht bekannt. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Krankenkassen Fehlentwicklungen entgegenwirken. Dieser Vorschlag wird sehr begrüßt.

**Änderungsvorschlag**

Keiner.

### 3. Ergänzender Änderungsbedarf

#### Änderungsvorschlag 1: Zulassung Heilmittelerbringer

Die Zulassungen im Heilmittelbereich erfolgen grundsätzlich durch die Landesverbände der Krankenkassen (bzw. den Krankenkassen, die die Landesverbandsfunktion wahrnehmen) und die Ersatzkassen. In vielen Fällen kooperieren die Kassenverbände und -vertretungen hier miteinander, um Arbeitsaufwände für die Kassen, aber auch für die Heilmittelerbringer zu reduzieren. Für diese Kooperationen ist eine eindeutige Rechtsgrundlage zu schaffen.

#### **Begründung**

Das derzeitige Verfahren ist überholt. Die Zulassung von Heilmittelerbringern erfolgt grundsätzlich kassenartenspezifisch. Für die Heilmittelerbringer ist dies mit unnötigen Aufwänden verbunden, da ein und derselbe formale Akt unter den gleichen Vorgaben von bis zu sechs verschiedenen Stellen durchgeführt werden muss. Auch auf Seiten der Krankenkassen besteht ein Interesse, die bürokratischen Aufwände zu reduzieren, zumal für die Zulassung mittlerweile die gleichen einheitlichen Empfehlungen gelten. Zunehmend kommt es deshalb auch zu Kooperationen unter den Krankenkassenverbänden, die aber auf keiner eindeutigen gesetzlichen Grundlage stehen. Diese gilt es zu schaffen.

#### **Änderungsvorschlag**

Im § 124 Absatz 5 wird ein neuer Satz 2 eingefügt: „Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können einander sowie die Verbände der Ersatzkassen mit der Zulassung beauftragen; § 88 Absatz 2 SGB X findet insoweit keine Anwendung. Der Beauftragte kann auch als Widerspruchsstelle mit dem Erlass von Widerspruchsbescheiden, die im Namen der Auftraggeber ergehen, beauftragt werden.“

#### Änderungsvorschlag 2: Vereinheitlichung der Zuzahlungsregelungen bei Pflegehilfsmitteln

Die Zuzahlungen bei Pflegehilfsmitteln in der Pflegeversicherung (10 Prozent, maximal 25 Euro) unterscheiden sich von denen in der Krankenversicherung (10 Prozent, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro). Das führt immer wieder zu Irritationen bei Versicherten, Leistungserbringern und Krankenkassen. Deshalb sollten diese vereinheitlicht werden. Künftig sollen die Zuzahlungsregelungen der Krankenversicherung (§§ 33, 61, 62 SGB V) auch auf alle Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 SGB XI gelten.

#### **Begründung**

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG vom 26. Mai 1994 wurden Zuzahlungen für Pflegehilfsmittel, mit Ausnahme der für zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel, eingeführt. Der Gesetzgeber begründete dies sei-

nerzeit damit, den Versicherten einen Anreiz zu geben, auf größtmögliche Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung zu achten.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG vom 22. Dezember.2011 wurden die Zuzahlungsregelungen für die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl der Krankenbehandlung, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Behinderungsausgleich (§ 33 SGB V) als auch der Pflegeererleichterung, der Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung (§ 40 SGB XI) dienen (doppelfunktionale Hilfs- und Pflegehilfsmittel), auf die Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst (§ 40 Absatz 5 Satz 7 SGB XI in seiner aktuellen Fassung). Für doppelfunktionale Hilfs- und Pflegehilfsmittel finden seit dessen Inkrafttreten die Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß §§ 33, 61, 62 SGB V Anwendung.

Für die noch verbleibenden, d. h. nicht von der Regelung in § 40 Absatz 5 Satz 7 SGB XI umfassten, Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 SGB XI (z. B. Lagerungsrollen, Bettpfannen oder saugende Bettschutzeinlagen) finden nach wie vor die Zuzahlungsregelung nach § 40 Absatz 3 SGB XI Anwendung. Dies führt in der Praxis zu Irritationen. Die Anwendung der gesonderten Zuzahlungsregelungen führt auch zu höheren Verwaltungsaufwänden. Deshalb wird vorgeschlagen, die Zuzahlungsregelungen umfassend zu vereinheitlichen, indem sich die Zuzahlungen für alle Pflegehilfsmittel nach den Regelungen des SGB V berechnen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 40 Absatz 3 Satz 4 SGB XI wird durch folgenden Satz ersetzt: *„Für die Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches.“*

### **Änderungsvorschlag 3: Externe Hilfsmittelberater legitimieren**

Beim Einsatz von Hilfsmitteln ist es in Einzelfällen nötig, über die sozialmedizinische Beratung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) hinaus eine zeitnahe technische Beratung zu veranlassen, um eine Hilfsmittelversorgung auf ihre Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und den bedarfsgerechten Einsatz im individuellen Wohnumfeld zu überprüfen. Die ergänzende direkte Beauftragung von hierfür qualifizierten und zertifizierten sogenannten externen Hilfsmittelberatern durch die Krankenkassen ist rechtlich abzusichern.

### **Begründung**

Ist die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit eines Hilfsmittels erforderlich, berät der MDK. Neben der sozialmedizinischen Begutachtung nach § 275 Absatz 3 Nr. 1 durch den MDK ist es in Einzelfällen auch notwendig, eine darüber hinausgehende technische Beratung durchzuführen. Diese soll die angebotene Hilfsmittelversorgung auf Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und

einen bedarfsgerechten Einsatz im individuellen Wohnumfeld – ggf. durch eine Vor-Ort-Prüfung – untersuchen und bewerten. Die Begutachtung erfolgt einzelfallbezogen und ergänzend zur sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK. Geprüft werden soll insbesondere auch, ob ein Hilfsmittel im häuslichen Umfeld des Versicherten bedarfsgerecht einsetzbar ist und ob es im Ansehen der konkreten individuellen häuslichen Situation Versorgungsalternativen gibt. Die Prüfung durch einen externen Hilfsmittelgutachter endet mit einer Empfehlung an die Krankenkasse.

Angesichts der Vielfalt an Versorgungsmöglichkeiten mit Hilfsmitteln wäre unwirtschaftlich, für jeden spezifischen Bereich geeignetes Fachpersonal für eher technische Fragestellungen vorzuhalten. Dem MDK fehlen oft die notwendigen Personalressourcen, insbesondere weil die Beurteilung besonders komplexer orthopädischer, rehabilitativer oder medizintechnischer Versorgungsspezialitäten spezielle Qualifikationen erfordert. Für diese Fachexpertise bedarf es neben einer einschlägigen Ausbildung auch eine mehrjährige Berufserfahrung sowie spezielles Fachwissen und ggf. Zusatzqualifikationen. Diese Voraussetzungen sind im Rahmen eines geregelten Verfahrens zu prüfen und zu bestätigen, damit nicht jeder diese Dienste anbieten kann.

Nach § 279 Absatz 5 kann der MDK bereits heute seinerseits Gutachter beauftragen und diesen die erforderlichen Daten zur Erfüllung des Auftrags übermitteln (§ 276 Absatz 2). Dies ist in dem gebotenen Zeitrahmen zum Teil nicht möglich. Der direkte zeitsparende Weg zur Beauftragung eines externen Gutachters durch die Krankenkasse ist rechtlich jedoch noch nicht abgesichert. Mit dem o. a. Vorschlag eines neuen § 197c wird diese rechtliche Lücke geschlossen und heute in diesem Zusammenhang stehende datenschutzrechtliche Probleme beseitigt.

Externe Gutachter können auch in der Überprüfung der vertraglichen Versorgung flexibel eingesetzt werden. Sie sind wohnortnah verfügbar und besonders dafür qualifiziert, die Versorgung mit einem Hilfsmittel im individuellen Fall unter Erfordernisgründen zu beurteilen, eine insuffiziente Versorgung der Krankenkasse anzuzeigen und Vorschläge zur Verbesserung zu machen.

### **Änderungsvorschlag**

*§ 197c – neu – (Beauftragung externer Hilfsmittelberater)*

*(1) Die Krankenkassen können ergänzend zur Erfüllung der in § 275 Absatz 3 Nummer 1 genannten Aufgabe, insbesondere zur Klärung technischer Fragen, auch externe Hilfsmittelberater mit der Prüfung beauftragen, durch welche Hilfsmittel unter Berücksichtigung der Versorgungsziele nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und der individuellen Verhältnisse des Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wird. Die Aufgaben des MDK gemäß § 275 bleiben hiervon unberührt. § 276 Absatz 1 gilt entsprechend.*

*(2) Wenn es für die Prüfung nach Absatz 1 und die Beratung des Versicherten erforderlich ist, können die von den Krankenkassen beauftragten externen*

*Hilfsmittelberater diese Tätigkeiten auch im Wohnbereich des Versicherten vornehmen.*

*(3) Die von den Krankenkassen beauftragten externen Hilfsmittelberater sind berechtigt, Sozialdaten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 erforderlich ist. Die Daten unterliegen der Geheimhaltung; § 35 SGB I gilt für die Hilfsmittelberater entsprechend. Sie haben die technisch-organisatorischen Maßnahmen nach § 78a SGB X zu treffen und insbesondere sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelberater von der Krankenkasse erteilten Auftrags benötigen. Die Sozialdaten sind unmittelbar nach Auftrags erledigung zu löschen.*

*(4) Der externe Hilfsmittelberater hat der beauftragenden Krankenkasse das Ergebnis seiner Prüfung und Beratung nach Absatz 1 und 2 zu übermitteln und dabei eine am Versorgungsbedarf des Versicherten orientierte Empfehlung auszusprechen, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung und Beratung sowie die Versorgungsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.*

*(5) Die externen Hilfsmittelberater unterliegen der Aufsicht der nach § 38 BSDG (Bundesdatenschutzgesetz) zuständigen Aufsichtsbehörde.*

*(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt bis zum 31.12.2016 Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den externen Hilfsmittelberatern. Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:*

- 1. das Nähere zu den Aufgaben der externen Hilfsmittelberater nach Absatz 1 und 2,*
- 2. die Anforderungen an die Qualifikation und die Neutralität der externen Hilfsmittelberater einschließlich des Verfahrens zum Nachweis der Anforderungen,*
- 3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Prüfungs- und Beratungsverfahren und*
- 4. die Sicherstellung der technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a SGB X.*

*(7) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des BMG. Sie sind für die Krankenkassen verbindlich.*

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 - 0 Fax: 030/2 69 31 - 2900 info@vdek.com
---