

29.09.16**Empfehlungen
der Ausschüsse****G**zu **Punkt ...** der 949. Sitzung des Bundesrates am 14. Oktober 2016

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG)

Der **Gesundheitsausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

(bei
Annahme
entfällt
Ziffer 2)

1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 31 Absatz 1a SGB V)

In Artikel 1 Nummer 1 ist § 31 Absatz 1a wie folgt zu fassen:

"(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend oder antimikrobiell oder proteasenmodulierend wirkt. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates:

1. Kriterien zur Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und verbandmittelähnlichen Gegenständen,
2. Anforderungen an die Nachweise zur medizinischen Notwendigkeit im Rahmen der Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Erstattungsfähigkeit von verbandmittelähnlichen Gegenständen,
3. Verfahrensgrundsätze, wie insbesondere Antragsfristen, Gebühren oder die Veröffentlichungspflicht von Antragsteilen, sowie
4. das Nähere zu den Übergangsregelungen nach Satz 7.

Die weiteren Einzelheiten zur Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwölf Monaten nach Verkündung der Rechtsverordnung nach Satz 4 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis 36 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 5 können verbandmittelähnliche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden, sofern diese auch vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3 Absatz 1 dieses Gesetzes] zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig waren. Im Einzelfall können solche Gegenstände auch über die Frist von 36 Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung hinaus zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; Näheres hierzu regelt die Rechtsverordnung."

Begründung:

Um die in der Begründung des Gesetzentwurfs als Motivation für die Neuregelung genannte Rechtssicherheit zu erreichen, sollte die Definition der Verbandmittel hinsichtlich der weiteren Wirkungen, welche für eine Verbandmitteleigenschaft unschädlich sind, weiter gefasst werden. Ebenso sollten die Kriterien zur Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und sonstigen Produkten im Sinne der Rechtssicherheit durch das Bundesministerium für Gesundheit im Wege einer Rechtsverordnung geregelt werden. In der Rechtsverordnung sind außerdem die Begrifflichkeiten noch konkreter zu definieren. Unter anderem sollte auch die Möglichkeit der Durchführung der Beratung aufgenommen und Fragen zu den anfallenden Gebühren geklärt sowie festgelegt werden, welche Teile der eingereichten Dossiers Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse darstellen und daher nicht veröffentlicht werden dürfen.

Weiterhin sollte der vorgesehene Vertrauensschutz für bereits erstattungsfähige Produkte von zwölf auf mindestens 36 Monate ausgedehnt werden, um Versorgungslücken zu vermeiden. Ziel des Gesetzgebers ist es, eine angemessene Übergangsregelung festzulegen, um Versorgungslücken zu vermeiden. Für die Erstattungsfähigkeit kann aber auch eine längere Übergangsregelung erforderlich sein, wenn dies aufgrund der konkreten Ausgestaltung der Rechtsverordnung und der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich werden sollte. So benötigen die betroffenen Unternehmen in aller Regel mindestens 72 Monate, um gegebenenfalls notwendige Studien durchzuführen und die jeweils spezifischen Patienten generieren zu können. Für diese Fälle muss weiterhin eine Erstattung durch die Krankenkassen möglich sein. Das Nähere hierzu soll in der Rechtsverordnung geregelt werden.

(entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 1)

2. Hilfsempfehlung zu Ziffer 1
Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 31 Absatz 1a Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 1 ist § 31 Absatz 1a Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt insbesondere nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen hat, die der Wundheilung dienen, beispielsweise eine Wunde feucht hält, reinigt oder geruchsbindend, antimikrobiell oder proteasenmodulierend wirkt."

Begründung:

Um die in der Begründung des Gesetzentwurfs als Motivation für die Neuregelung genannte Rechtssicherheit zu erreichen, sollte die Definition der Verbandmittel hinsichtlich der weiteren Wirkungen, welche für eine Verbandmitteleigenschaft unschädlich sind, weiter gefasst werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 64d SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt die von der Bundesregierung vorgesehene stärkere Einbindung der Heilmittelerbringer in die Versorgungsverantwortung. Durch die allgemeine Bevölkerungsentwicklung nimmt die Zahl der Menschen in Deutschland zu, die zukünftig aufgrund altersbedingter Krankheiten Leistungen der therapeutischen und der Assistenzberufe im Gesundheitswesen benötigen werden. Gleichzeitig stehen die Betriebe zunehmend in Konkurrenz um Auszubildende.
- b) Nach Einschätzung des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen werden in der zukünftigen Versorgung der Bevölkerung interdisziplinäre Teams, in denen die unterschiedlichen Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, einen überragenden Stellenwert einnehmen. Angesichts dieser Entwicklung wird es notwendig sein, insbesondere die Heilmittelerbringer der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie stärker in die Versorgungsverantwortung einzubeziehen. Ziel muss die optimale Sicherstellung der medizinischen Versorgung sein, ohne dass es zu Beeinträchtigungen in der Therapie kommt. Gleichzeitig brauchen wir aufgrund des aus den unterschiedlichsten Gründen drohenden Mangels auch bei Ärzten intelligente Konzepte zur Entlastung, vor allem der niedergelassenen Ärzteschaft.
- c) Der vorliegende Gesetzentwurf wird dem nicht gerecht. Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass über die bereits jetzt bestehende Möglichkeit von Modellvorhaben zur Erprobung des "Blankorezepts" (§ 63 Absatz 3b Satz 2 und 3 SGB V) der Direktzugang für die oben erwähnten Berufsgruppen modellhaft erprobt werden kann.

Begründung (nur für das Plenum):

Der Bundesrat bedauert, dass die Bundesregierung hinter dem Beschluss der 89. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 29./30. Juni 2016 zurückgeblieben ist. Die 89. GMK hat unter Top 6.3 das Bundesministerium für Gesundheit um Prüfung gebeten, ob durch Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der entsprechenden Gesetze über die jeweiligen Gesundheitsfachberufe die Voraussetzungen für Modellvorhaben geschaffen werden können, die es Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden im Rahmen eines Direktzugangs erlauben, Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bei bestimmten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegenden Indikationen zu erbringen, soweit sie hierzu aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind.

Delegations- und Substitutionskonzepte können hierzu beitragen, indem sie Ärzte von Aufgaben befreien, die nicht zum Kern ärztlicher Heilkundeausübung zählen. Damit solche Konzepte umgesetzt werden können, bedarf es zunächst einer deutlichen Steigerung der Attraktivität des Heilmittelsektors sowohl durch eine bessere Qualifizierung der Gesundheitsfachberufe als auch durch eine leistungsgerechte Vergütung der Leistungen der Heilmittelerbringer.

Begründung:

Um sowohl Kosteneinsparpotenziale als auch die Möglichkeiten und Grenzen einer Übernahme selbständiger heilkundlicher Tätigkeit durch Heilmittelerbringer zu eruieren, sollte eine bundesgesetzliche Grundlage für Modellvorhaben geschaffen werden. Die Indikationen, bei denen auf eine ärztliche Verordnung verzichtet werden kann, sollten vom G-BA festgelegt werden.

Die angesprochenen Modellvorhaben bieten auch die Gelegenheit, Erfahrungen hinsichtlich einer Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Grundlagen der Gesundheitsfachberufe insgesamt zu sammeln und die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen zu evaluieren.

4. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a Doppelbuchstabe Oaa - neu -
(§ 125 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist dem Doppelbuchstaben aa folgender Doppelbuchstabe Oaa voranzustellen:

'Oaa) In Satz 1 werden nach den Wörtern "Zusammenschlüssen der Leistungserbringer" die Wörter ", in denen insbesondere Grundsätze der Vergütungen und die Verpflichtung zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte geregelt werden," eingefügt.'

Begründung:

Durch das im Jahr 2015 in Kraft getretene GKV-VSG sind weitere zusätzliche Ausgabenanstiege im Heilmittelbereich absehbar. Die dabei 2015 im Rahmen des GKV-VSG eingeführten Regelungen befinden sich noch in der Umsetzung, die tatsächliche Wirksamkeit ist noch nicht evaluiert. Insbesondere die im Juni 2016 erstmals veröffentlichten Preisuntergrenzen nach § 125 Absatz 3 SGB V, die bei allen zukünftigen Vertragsabschlüssen zwingend zu beachten sind, werden voraussichtlich in allen Heilmittelbereichen flächendeckend zu deutlichen Preiserhöhungen oberhalb der Grundlohnsumme führen.

Aus den vorgenannten Gründen werden neue Regelungen, die ausschließlich Ausgabensteigerungen zur Folge haben, aber weder direkt die Vergütung der angestellten Therapeuten beeinflussen, noch die Leistung für den Versicherten verbessern, mit Sorge beobachtet.

Spätestens mit den überproportionalen Vergütungssteigerungen durch die oben genannte Regelung zu Preisuntergrenzen haben die Praxisinhaber das Potenzial erhalten, die Einkommen der angestellten Therapeuten deutlich aufzuwerten.

Mit der neuerlichen Gesetzesänderung und der Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird suggeriert, dass mit Steigerungsraten über der Grundlohnsummenentwicklung die aktuell als nicht zufriedenstellend eingeschätzte Vergütungssituation von angestellten Therapeuten verbessert werden könnte. Dem ist nicht so. Die Bezahlung der angestellten Mitarbeitenden ist nicht Gegenstand der Verträge nach § 125 Absatz 2 SGB V, sondern obliegt

ausschließlich dem bilateralen arbeitsrechtlichen Vertragsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Aus diesem Grund sollten in diesen Verträgen insbesondere Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tarifröhne oder Arbeitsentgelte verpflichtend geregelt werden. Es muss sichergestellt werden, dass die Heilmittelleistungen von den Krankenkassen angemessen vergütet werden. Mit der Ergänzung soll dabei eine bessere Berücksichtigung von Tarifröhnen und Arbeitsentgelten bei den Verhandlungen (im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts) erreicht werden. Die Berücksichtigung dieser Komponenten setzt dabei ein Mindestmaß an Transparenz und Nachweis voraus, wozu die vorgeschlagene Ergänzung dient. Der Nachweis über die Zahlung von Tarifröhnen beziehungsweise die Höhe der gezahlten Arbeitsentgelte hat dabei in anonymisierter Form zu erfolgen.

Auf die mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze (E-Health-Gesetz) 2016 eingefügte (gleichlautende) Änderung des § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 SGB V für den Bereich der Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege kann wegen der Gleichheit der Problemstellung verwiesen werden.

5. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd
(§ 125 Absatz 2 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd sind in § 125 Absatz 2 Satz 7 die Wörter "innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen" zu streichen.

Begründung:

Die im Sozialversicherungsrecht unübliche Fristvorgabe für die Aufsichtsbehörde bei der Benennung einer Schiedsperson für Vergütungsverhandlungen im Heilmittelbereich ist nicht erforderlich. Eine überzeugende Begründung für die Frist wurde nicht gegeben. Diese kann grundsätzlich erst dann in Betracht kommen, wenn sich in der Umsetzung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes Anhaltspunkte dafür ergeben, dass Schlichtungsverfahren regelmäßig nicht zeitnah zustande kommen.

6. Zu Artikel 1 Nummer 16a - neu - (§ 279 Absatz 4a Satz 8 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 16 folgende Nummer 16a einzufügen:

'16a. In § 279 Absatz 4a Satz 8 werden der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"§ 140f Absatz 5 gilt entsprechend." '

Begründung:

§ 279 Absatz 4a Satz 8 SGB V regelt die Kostentragungspflicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) dem Grunde nach. Dies ist unstrittig.

Der Umfang und die Grenzen der Kostentragungspflicht sind nicht eindeutig geregelt. Es gibt Unklarheiten in der Rechtsanwendung durch die MDK in den einzelnen Ländern. Ein klarstellender Verweis auf die Beteiligungsrechte von Patientinnen und Patienten in § 140f SGB V fehlt.

Es besteht die Gefahr einer divergierenden Rechtsauslegung in den Satzungen der MDK in den einzelnen Ländern zum Nachteil der Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten.

Zum Schutz der Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten ist daher dieser klarstellende Verweis für die Rechtsanwendung notwendig und erforderlich.

7. Zu Artikel 1 (Zur Kostenübernahme von Leistungen für Kinder mit Diabetes-Typ-1)

Der Bundesrat fordert, zeitnah und möglichst noch im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die einen zuständigen Kostenträger für die Leistungen für Kinder mit Diabetes-Typ-1, die den über die Blutzuckermessung und Insulingabe hinaus entstehenden Aufwand in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Horten zum Inhalt hat, eindeutig bestimmt.

Begründung:

Die Sicherstellung der Versorgung von Kindern mit der Erkrankung Typ-1-Diabetes in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Horten ist für die betroffenen Familien eine große Herausforderung und für die Kindertageseinrichtungen, Schulen und Horte mit einem erhöhten Aufwand verbunden und, wenn die erforderlichen personellen Voraussetzungen nicht gegeben sind, auch nicht leistbar.

Die betroffenen Kinder sind in der Regel nicht in der Lage, ihren Gesundheitszustand und beginnende kritische Gesundheitssituationen richtig und rechtzeitig einzuschätzen. Die Erzieherinnen und Erzieher sowie die Lehrerinnen und Lehrer sehen sich oft nicht in der Lage, den betroffenen Kindern im Alltag - neben der Betreuung der übrigen Kinder - die notwendige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Auch bestehen bei vielen Erzieherinnen und Erziehern sowie Lehrerinnen und Lehrern Ängste, in der Betreuung falsch zu handeln oder Gesundheitsschäden zu verursachen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Übernahme der zusätzlichen Aufgaben durch Erzieherinnen und Erzieher sowie die Lehrerinnen und Lehrer besteht ebenfalls nicht.

Dies führt dazu, dass Kinder mit Diabetes-Typ-1 erst in Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Horten aufgenommen werden, wenn die Eltern nachweisen können, dass die Beaufsichtigung und Betreuung des Kindes sichergestellt ist.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen die Zuständigkeiten für Leistungen, die den über die Blutzuckermessung und Insulingabe hinaus entstehenden Aufwand in der Kindertageseinrichtung, Schule und Hort zum Inhalt haben, nicht immer ausreichend definieren. Die Klärung dieser Zuständigkeiten führt insbesondere für die betroffenen Familien

zu hohen Belastungen. Eltern, die einer beruflichen Tätigkeit nachgehen wollen, können dies zum Teil nicht oder nur in eingeschränktem Umfang.

Die Regelung des § 14 SGB IX zur Zuständigkeitsklärung gewährleistet oft nicht, dass letztendlich ein Kostenträger die Leistung übernimmt. Die betroffenen Familien sind dann gezwungen, die Leistung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren zu erstreiten. In verschiedenen Urteilen werden die Leistungen einerseits als Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe und andererseits als Leistung der häuslichen Krankenpflege beschrieben. Das Verfahren ist für die Betroffenen aufwendig und sehr belastend und kann auch zu einer verspäteten Aufnahme in der jeweiligen Einrichtung führen.

Die Kostenträger der Sozialhilfe sehen sich als grundsätzlich nachrangig zuständig an und berufen sich dabei auf § 37 SGB V in Verbindung mit Nummer 24 (spezielle Krankenbeobachtung) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Seitens der Krankenkassen wird die Leistung in der Regel nur übernommen, wenn ein entsprechendes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung dies empfiehlt. Im Übrigen wird die Leistungspflicht bestritten und auf den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe verwiesen.

Die geplanten Neuregelungen zum SGB IX und SGB XII können die geschilderte Problematik ebenfalls nicht beseitigen.

Auch vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl von Diabetes-Typ-1-Erkrankungen und im Interesse der betroffenen Kinder und deren Familien ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.

8. Zur Anlagemöglichkeit der Mittel für Altersrückstellungen

Der Bundesrat hat zur Kenntnis genommen, dass mit dem 6. SGB IV-Änderungsgesetz (vgl. BR-Drucksache 453/16) durch die Änderung des § 171e SGB V den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt wird, die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen auch in Euro denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements vorzunehmen. Der Anteil an Aktien darf dabei maximal zehn Prozent des Deckungskapitals betragen. Eine entsprechende Regelung wird für die gesetzliche Unfallversicherung getroffen.

Vor dem Hintergrund der länger andauernden Niedrigzinsphase begrüßt der Bundesrat, dass Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern damit die Möglichkeit eröffnet werden soll, Mittel für Altersrückstellungen grundsätzlich auch in Aktien anlegen zu können.

Die für die Kranken- und Unfallversicherung getroffene Regelung ist nach der Begründung des Gesetzentwurfs ausdrücklich der aktuell noch im Versorgungsrücklagegesetz des Bundes enthaltenen Anlagemöglichkeit nachgebildet worden. Der Bundesrat stellt insoweit fest, dass derzeit Änderungen am Versorgungsrücklagegesetz des Bundes geplant und bereits im parlamentarischen Verfahren sind (Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Versorgungsrücklagegesetzes und weiterer dienstrechtlicher Vorschriften - vgl. BR-Drucksache 411/16), mit denen die Aktienquote für die Versorgungsrücklage und den Versorgungsfonds des Bundes auf 20 Prozent angehoben und die Anlagemöglichkeiten erweitert werden sollen.

Der Bundesrat bittet daher, wegen der vergleichbaren Zielrichtung und Ausgangslage eine Übertragung der geplanten Änderungen im Versorgungsrücklagegesetz auf die gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung zu prüfen und die Angleichung gegebenenfalls möglichst zeitnah durch eine gesetzliche Änderung in diesem oder einem anderen Gesetzgebungsvorhaben vorzunehmen.

Begründung:

Die Begründung zum 6. SGB IV-Änderungsgesetz legt nahe, dass hinsichtlich der Aktienquote eine Orientierung am Versorgungsrücklagegesetz des Bundes erfolgen sollte. Außerdem hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zum 6. SGB IV-Änderungsgesetz (vgl. BT-Drucksache 18/8487) ausdrücklich dargelegt, dass wegen der gleichen Interessenlage die vorgesehene Regelung hinsichtlich der zugelassenen Anlagemöglichkeiten keine originäre Bewertung treffe, sondern der Aktienanlagemöglichkeit im geltenden Versorgungsrücklagegesetz des Bundes folge und identische Anforderungen hinsichtlich der Anlageformen und der Sicherheit der Aktienanlage stelle. Schließlich sieht bereits § 7d Absatz 3 SGB IV im Rahmen von Wertguthaben eine Aktienquote von bis zu 20 Prozent vor.