

Stellungnahme

des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 949. Sitzung am 14. Oktober 2016 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

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.

2. 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:

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

3. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a Doppelbuchstabe 0aa - neu -
(§ 125 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist dem Doppelbuchstaben aa folgender Doppelbuchstabe 0aa voranzustellen:

'0aa) 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 Tariflöhne 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 Tariflöhnen 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 Tariflöhnen 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.