

Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG)

31.08.2016
Kabinettsbeschluss

10.11.2016
1. Lesung Bundestag

16./17.02.2017
2./3. Lesung Bundestag

März 2017
Inkrafttreten

Änderungsanträge zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

Nachdem das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) im November 2016 in erster Lesung im Bundestag diskutiert wurde, haben sich die Koalitionsfraktionen nun offenbar über eine Vielzahl fachlicher sowie fachfremder Änderungsanträge verständigt. Diese wurden in der vergangenen Woche bekannt, hier eine Auswahl.

- Änderungsanträge zum Thema Heil- und Hilfsmittel -

Keine Beauftragung externer Hilfsmittelberater durch die Krankenkassen

Im Zusammenhang mit der Bewilligung eines Hilfsmittels soll zukünftig nur noch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) externe Hilfsmittelberater beauftragen können. Der Einsatz externer Berater durch die Krankenkassen würde damit ausgeschlossen.

Hintergrund: Die Kassen sind verpflichtet, die Hilfsmittelversorgung unter medizinischen wie unter technisch-handwerklichen Aspekten detailliert zu prüfen. Aufgrund der Komplexität sowie dem vielfältigen Angebot unterschiedlicher Hilfsmittelausführungen schalten die Krankenkassen für eine tiefgehende technische Beurteilung technisch-handwerklich versierte Sachverständige ein – externe Hilfsmittelberater. Deren Einsatz war bislang nicht eindeutig rechtlich geregelt. Mit dem Änderungsantrag wird nun klargestellt, dass ausschließlich der MDK externe Expertise beauftragen darf, um ein beantragtes Hilfsmittel auf seine Erforderlichkeit zu prüfen.

➤ **Das Verfahren der externen Hilfsmittelberatung sollte auf eine rechtssichere Grundlage gestellt werden, indem die Krankenkassen auch externe Hilfsmittelberater beauftragen können, um die technische Umsetzung einer Hilfsmittel-Verordnung zu prüfen. Ohne die Möglichkeit, externe Berater in komplexen Fällen zu beauftragen, besteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten eine weniger bedarfsgerechte Versorgung erhalten. Die geplante Neuregelung lehnen wir ab. So bedeutet eine Anbindung der technischen Prüfung von Hilfsmitteln an den MDK erheblich mehr Bürokratie, eine Zeitverzögerung bei der Versorgung der Versicherten und den Aufbau neuer – bislang nicht vorhandener – Strukturen beim MDK.**

Regelungen zu Qualitätsanforderungen bei Hilfsmitteln präzisiert

Um die Qualität der Versorgung mit Hilfsmitteln weiter zu erhöhen, werden zahlreiche Ergänzungen vorgenommen. So wird etwa klargestellt, dass die Aktualisierung von Qualitätsanforderungen auch für bereits laufende Versorgungsverträge gelten soll. Daneben werden die Vorgaben zur Berücksichtigung von zusätzlichen Qualitätskriterien bei der Vergabe von Ausschreibungsverträgen deutlicher gefasst.

Um die Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung zu beschleunigen, wird dem GKV-Spitzenverband sowie den Verbänden der Leistungserbringer eine Frist bis zum 31.12.2017 gesetzt. Haben sich die Verhandlungspartner bis zu diesem Zeitpunkt nicht auf Empfehlungen verständigt, sollen diese von einer Schiedsperson festgesetzt werden.

➤ **Die geplanten Anpassungen des Gesetzentwurfs entsprechen dem Ziel, die Qualität in der Hilfsmittelversorgung zu verbessern.**

Da durch die geplanten Hilfsmittel-Rahmenempfehlungen eine große Anzahl von Formularen, Unterlagen und Prozessen bei den einzelnen Kassen vereinheitlicht werden soll, erscheint eine Fristsetzung bis Ende dieses Jahres sehr ehrgeizig.


Leistungsanspruch auf Sehhilfen wird erweitert

In einem weiteren Änderungsantrag ist vorgesehen, den Leistungsanspruch auf Sehhilfen zu erweitern: Während der Anspruch auf Sehhilfen grundsätzlich auf Versicherte bis zum 18. Lebensjahr beschränkt bleibt, soll eine Ausnahmeklausel für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erweitert werden. Diese sollen künftig Anspruch auf eine Sehhilfe erhalten, wenn beide Augen ohne Korrekturen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 2 aufweisen.

- Änderungsanträge zum Thema Risikostrukturausgleich - Beauftragung von Folgegutachten zum Morbi-RSA

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hatte in den Jahren 2015 und 2016 zwei Gutachten zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in Auftrag gegeben. In den Gutachten sollte untersucht werden, wie die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA bei der Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld erhöht werden kann. Ein Änderungsantrag schafft die gesetzliche Grundlage dafür, dass das Bundesversicherungsamt nun zwei Folgegutachten in Auftrag gibt.

Der Antrag regelt zudem, dass dem BVA zusätzliche Daten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Diese werden nach den Ergebnissen der Erstgutachten als notwendig erachtet, um die darin entwickelten Modelle auf einer breiteren Datenbasis wissenschaftlich weiterentwickeln zu können. Auf ihrer Grundlage sollen gesetzliche Regelungen für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen im Rahmen des Morbi-RSA umgesetzt werden können, heißt es in der Begründung zum Änderungsantrag. Die Gutachten sollen bis Ende Dezember 2019 vorliegen.

 **Es ist sinnvoll, dass der Gesetzgeber mit dem Änderungsantrag die rechtliche Grundlage für Folgegutachten für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte schafft. Die Ausführungen zum Folgegutachten Auslandsversicherte sind schlüssig. Um die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zu erhöhen und damit die zwischen den Wohnländern stark schwankenden Ausgaben für Auslandsversicherte zu berücksichtigen, sollten die Zuweisungen zukünftig auf der Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen erfolgen.**

Bei den Ausführungen zum Folgegutachten Krankengeld gibt es Anpassungsbedarf. Bei den von den Krankenkassen zu erhebenden versichertenbezogenen Daten stehen der Tätigkeitsschlüssel und die Betriebsnummer im Widerspruch zu den Ergebnissen des Erstgutachtens. Dieses hatte in solchen qualitativ bedenklichen Zusatzinformationen kein erhebliches Potenzial für die Weiterentwicklung der Zuweisungen im Krankengeldbereich gesehen.

Erhebung eines Regionalkennzeichens

Vom 01.01.2018 an sollen die Krankenkassen den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten erheben und dem BVA melden. Dies regelt ein weiterer Änderungsantrag. Die Regionaldaten sollen unter anderem für wissenschaftliche Untersuchungen zum Risikostrukturausgleich im Auftrag des BVA oder des Bundesministeriums für Gesundheit verwendet werden können. Der GKV-Spitzenverband soll Näheres im Einvernehmen mit dem BVA bestimmen.

- Es ist gut, dass ein Regionalkennzeichen erhoben werden soll. Besser wäre jedoch, hierzu die Postleitzahl zu verwenden, da diese bereits von den Kassen nach der Datentransparenzverordnung an das DIMDI gemeldet wird. Gerade wenn die Daten auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden sollen, ist die Gemeindekennziffer, die keine weitere Untergliederung für kreisfreie Großstädte vorsieht für alle Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Urbanität und Gesundheitskosten beschäftigen, tatsächlich sogar ungeeignet.

Kodierung von Diagnosen

Mit den Änderungsanträgen zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz reagiert der Gesetzgeber unter anderem auf Vorwürfe der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA. Verschiedene Anträge zielen auf die Neuregelung von gesetzlichen Vorgaben zur Kodierung von Diagnosen. So soll unter anderem der Bestandsschutz von Strukturverträgen eingeschränkt, ein Verbot der zusätzlichen Vergütung von Diagnosen in Gesamtverträgen erwirkt und die nachträgliche Übermittlung von Diagnosen verboten werden.

- Mit den Neuregelungen unternimmt der Gesetzgeber den Versuch, über eine Reihe von Detailvorschriften das Problem der unzureichenden Kodierung von Diagnosen zu lösen. Viel sinnvoller wäre es, eine korrekte und einheitliche Verschlüsselung der behandelten Krankheiten sicherzustellen. Die Einführung klarer Vorgaben bei der Kodierung von Diagnosen in Form von Kodierrichtlinien ist dafür notwendig. Diagnosen sind nicht lediglich Daten im Morbi-RSA. Sie sind wesentlich für eine richtige Leistungsabrechnung und Honorarbestimmung für die Ärzte. Vor allem aber sind sie die persönlichste Information über Versicherte, die das Gesundheitswesen besitzt und sie bestimmen über deren gesundheitliche Versorgung. Daher müssen sie richtig und vollständig sein, Fehler müssen korrigiert werden können.

Aufgrund der Aufsplittung der Aufsicht zwischen Bund und Ländern kommt es zu unterschiedlichen Auffassungen der Bundes- und der Länderaufsichten bezüglich aller Aspekte des Kassenhandelns. Auch in der Diskussion über die Kodierung von Diagnosen zeigt sich, dass Bundes- und Länderaufsichten uneinheitliche Auffassungen vertreten.

- Es ist zu hoffen, dass Landesaufsichten die Umsetzung des neuen Rechts genauso stringent überprüfen wie die Bundesaufsicht. Grundsätzlich könnten mit einer einheitlichen Aufsicht Wettbewerbsverzerrungen unter den Kassen vermieden werden. Die Aufsicht über alle Belange des Haushalts und der Finanzen sollte deshalb für alle Krankenkassen auf der Bundesebene erfolgen, zumal auf dieser Ebene der Risikostrukturausgleich abgewickelt wird. Die Aufsicht über die Versorgungsverträge der Krankenkassen muss bei den Ländern liegen, da solche Entscheidungen auch stets mit dem Blick auf regionale Entwicklungen zu treffen sind.

- Fachfremde Änderungsanträge zu unterschiedlichen Themen – Unterstützung durch Krankenkassen bei Behandlungsfehlern

Mit dem Patientenrechtegesetz (2013) erhielten die gesetzlichen Krankenkassen den Auftrag, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen, die aus Behandlungsfehlern entstanden sind.

Mit einem Änderungsantrag soll nun die Art der Unterstützungsleistungen der Kassen für ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern näher geregelt werden. Der Gesetzgeber will damit Unsicherheiten über den Umfang der Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen beheben. Zudem würden sich Krankenkassen durch eine Regelung aus dem Krankenhausstrukturgesetz bei der Unterstützung ihrer Versicherten beeinträchtigt sehen, die vorsieht, dass Leistungserbringer Daten zur Begutachtung des MDK unmittelbar an den MDK übermitteln müssen und nicht an die Krankenkassen.

Die Neuregelung sieht vor, dass Krankenkassen zum Beispiel auf Verlangen der Versicherten weitere Unterlagen bei Leistungserbringern anfordern und eine Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen durchführen dürfen, die auch Ergebnisse von MDK-Gutachten umfassen können.

- **Die Unterstützung der gesetzlich Versicherten bei Schadensersatzansprüchen im Falle von Behandlungsfehlern kann durch die Krankenkassen deutlich besser geleistet werden, wenn sie berechtigt sind, medizinische Behandlungsunterlagen anfordern zu können. Aus diesem Grunde ist die geplante Klarstellung sinnvoll.**

Übermittlung von Sozialdaten zwischen den Medizinischen Diensten

Mit einem Änderungsantrag soll die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den MDK geschaffen werden. Die von einem MDK rechtmäßig erhobenen Daten können bei einem Wechsel der Zuständigkeit an einen anderen MDK zur Bearbeitung weitergeleitet werden.

- **Die Neuregelung schafft Rechtssicherheit und ist von Vorteil für Patientinnen und Patienten, da in Zukunft Zeitverzögerungen und erhöhter Verwaltungsaufwand bei der Bearbeitung von Gutachten vermieden werden können.**

Beiträge für Selbstständige

Die Beitragsbemessung selbstständig Tätiger soll von einer bisher vorausschauenden Festsetzung auf eine vorläufige Festlegung mit rückwirkender Korrektur geändert werden. Das heißt, dass die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge anhand des zuletzt erlassenen Einkommenssteuerbescheids vorläufig festgesetzt werden. Diese vorläufig festgesetzten Beiträge werden dann – nach Vorlage des jeweiligen Einkommenssteuerbescheides – anhand der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr endgültig berechnet. Für die Einreichung des Einkommenssteuerbescheides ist ein Zeitraum von drei Jahren vorgesehen. Die rückwirkende Korrektur der Beiträge kann zu einer Nachzahlung sowie Erstattung der Beiträge für den Versicherten führen.

- **Eine Angleichung der Beitragsbemessung selbstständig Tätiger an die Regelung im Bereich der Einkommenssteuer ist nachvollziehbar. Jedoch führt eine vorläufige Beitragsfestsetzung gegenüber dem heutigen Verfahren dazu, dass die einzelnen Zeiträume zweimal geprüft und beschieden werden müssen. Dadurch verdoppelt sich der Bearbeitungsaufwand. Kommt es bei Nachforderungen der rückwirkend berechneten Beiträge zu einer Überforderung des Versicherten, ergeben sich weitere Aufwände im Rahmen des Mahnverfahrens.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER