

Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG)

31.08.2016

Kabinettsbeschluss

10.11.2016

1. Lesung Bundestag

16.02.2017

2./3. Lesung Bundestag

10.03.2017

2. Durchgang Bundesrat

März/April 2017

Inkrafttreten nach

Verkündung

Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz beschlossen

Das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) ist am 16.02.2017 vom Bundestag beschlossen worden. Mit dem Gesetz soll unter anderem die Qualität in der Hilfsmittelversorgung erhöht werden. So werden die Möglichkeiten der Krankenkassen für ein umfassendes und kontinuierliches Vertragscontrolling gestärkt. Damit können die Kassen ihre Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung insbesondere beim Thema Aufzahlungen zukünftig besser beraten.

Daneben wurden eine Vielzahl fachfremder Neuregelungen etwa im Bereich des Risikostrukturausgleichs und des Versicherungs- und Beitragsrechts vorgenommen. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens und im Rahmen einer zweiten Anhörung am 13.02.2017 hatte es noch eine Reihe von Änderungsanträgen gegeben. Hier eine Auswahl:

Keine Beauftragung externer Hilfsmittelberater durch die Krankenkassen

Die Koalition hält an ihrem Ziel fest, wonach eine Beauftragung sogenannter externer Hilfsmittelberater durch die Krankenkassen zukünftig nicht mehr zulässig ist (wir berichteten in Berlin kompakt, Nr. 1/2017). Künftig können die Krankenkassen nur noch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) damit beauftragen, ein Hilfsmittel auf seine Erforderlichkeit zu prüfen, soweit die Krankenkassen dies nicht mit eigenem weisungsgebundenem Personal leisten können. Ist die Hinzuziehung externer Expertise erforderlich, kann diese künftig nur noch durch den MDK erfolgen.

Hintergrund: Die Genehmigung von Hilfsmittelversorgungen durch die Krankenkassen erfordert neben der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit durch den MDK auch eine Prüfung dahingehend, ob die angebotene Versorgung zweckmäßig, bedarfsgerecht und wirtschaftlich ist. Dabei stellt der Gesetzgeber nun erstmals unmissverständlich fest, dass die Prüfung neben der medizinischen Notwendigkeit auch die technische Eignung und Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels umfasst.

➤ **Die Anbindung der technischen Prüfung von Hilfsmitteln ausschließlich an den MDK ist nicht sinnvoll. Der MDK hat keine spezifische Kompetenz auf diesem Feld, weshalb die Kassen auf externe Hilfsmittelberater zurückgreifen. Die Einschaltung des MDK zur Klärung technischer Fragen verzögert die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der Aufbau neuer – bislang nicht vorhandener – Strukturen beim MDK verursacht unnötige Kosten und bedeutet ein Mehr an Bürokratie.**

Weitere Regelungen aus dem Heil- und Hilfsmittelbereich

In einem weiteren Änderungsantrag nimmt der Gesetzgeber eine Ergänzung der Rahmenempfehlungen zwischen GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Heilmittelerbringer vor. So sollen die Empfehlungen künftig Transparenzvorgaben enthalten, wie Nachweispflichten hinsichtlich der gezahlten Tariflöhne und Arbeitsentgelte. Um die Verhandlungen zu erleichtern, können sich die Vertragspartner dann an einheitlichen Vorgaben zu entsprechenden Nachweispflichten orientieren.

➤ **Durch die Vorgaben für die Vergütungsverhandlungen über Heilmittelleistungen wird für die Kostenträger mehr Transparenz über die Vergütungsstruktur bei den Heilmittelerbringern hergestellt.**

Krankenkassen können ihre Verträge mit Leistungserbringern für Hilfsmittel grundsätzlich über das Instrument der Ausschreibung abschließen. Für individuell angefertigte Hilfs-

Nr. 2 // 17. Februar 2017

mittel oder Versorgungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil sollen die Krankenkassen zukünftig hingegen keine Ausschreibungen mehr vornehmen können. Bisher war lediglich gesetzlich geregelt, dass Ausschreibungen für diese Hilfsmittel in der Regel nicht zweckmäßig seien.

- **Mit der Regelung wird den Kassen eine Möglichkeit zu Ausschreibungen genommen. Die BARMER hat jedoch auch bisher Ausschreibungen grundsätzlich nur in Produktbereichen ohne individuelle Anfertigung und mit geringem Dienstleistungsanteil durchgeführt.**

Die im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Anforderungen an die Versorgungs- und Produktqualität von Hilfsmitteln werden in Zukunft verbindlich: Dies gilt nicht nur für diejenigen Hilfsmittel, die Bestandteil des Verzeichnisses sind. Es betrifft auch nicht gelistete Hilfsmittel, die nur von den dort genannten Produktgruppen umfasst sind.

- **Das Hilfsmittelverzeichnis ist eine wichtige Orientierungshilfe für qualitätsgesicherte Hilfsmittel. Die Produkt- und Prozessqualität der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte kann durch die Neuregelung im HHVG zwar gesteigert werden. Die Ausweitung auf nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistete Produkte läuft jedoch der Intention des Gesetzgebers entgegen, das Hilfsmittelverzeichnis zu stärken. Es wird damit nämlich ein Anreiz für die Hersteller geschaffen, ihre Produkte nicht ins Hilfsmittelverzeichnis einzustellen.**

Fachfremde Neuregelung Erhebung eines Regionalkennzeichens

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen zukünftig den amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssel des Wohnorts ihrer Versicherten erheben und dem Bundesversicherungsamt (BVA) melden. Die Regionaldaten sollen unter anderem für wissenschaftliche Untersuchungen zum Risikostrukturausgleich im Auftrag des BVA oder des Bundesministeriums für Gesundheit verwendet werden können.

Ursprünglich war eine Meldung der Regionaldaten durch die Krankenkassen vom 01.01.2018 an vorgesehen. Im Rahmen der Anhörung zum HHVG im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages verwiesen Sachverständige jedoch darauf, dass Regionalisierungsansätze bereits im Rahmen des Sondergutachtens des Wissenschaftlichen Beirates zur Evaluierung des Risikostrukturausgleichs betrachtet werden sollten. Hierfür sei eine frühere Erhebung des Regionalkennzeichens notwendig. Daraufhin wurde die Regelung auf den 01.07.2017 vorgezogen. Somit kann die erstmalige Lieferung des amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels an das BVA bereits am 15.08.2017 für das Berichtsjahr 2016 erfolgen. Damit könnten die Daten als Grundlage für das Sondergutachten berücksichtigt werden, das bis Ende September erstellt werden soll.

Hinweise der Sachverständigen, dass die Erhebung der Postleitzahlen als Regionalkennziffer geeigneter sei als die des amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels fanden keine Berücksichtigung. Die Sachverständigen hatten argumentiert, dass die Postleitzahl vor allem in Ballungsgebieten eine differenziertere Betrachtung zuließe, da der amtliche Gemeindegemeinschaftsschlüssel für kreisfreie Großstädte, wie zum Beispiel Berlin, keine weitere Untergliederung vorsehe. Eine ganzheitliche Betrachtung aller Regionalisierungsansätze durch den Wissenschaftlichen Beirat sei daher nur auf der Grundlage der Postleitzahlen möglich.

- Die Erhebung eines Regionalkennzeichens durch die Krankenkassen ist sinnvoll. Es wäre jedoch besser, hierzu die Postleitzahl zu verwenden. Diese wird bereits von den Kassen nach der Datentransparenzverordnung an das DIMDI gemeldet. Die Hinweise der Sachverständigen zum amtlichen Gemeindeschlüssel sind berechtigt. Gerade wenn die Daten auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden sollen, ist dieser für alle Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenhang von Urbanität und Gesundheitskosten beschäftigen, tatsächlich weniger geeignet.

Beitragsbemessung von Solo-Selbstständigen in der GKV

* Personen, die ihre selbständige Tätigkeit allein, ohne angestellte Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter ausüben

Die politische Diskussion über Solo-Selbstständige* in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat den Bundesrat erreicht: Die Länder Thüringen, Berlin und Brandenburg haben am 10.02.2017 einen Entschließungsantrag zu den sogenannten „Solo-Selbstständigen“ in den Bundesrat eingebracht. Weil die Beitragslast für Solo-Selbstständige im Vergleich zu dem erzielten Einkommen zu hoch sei, wird die Bundesregierung aufgefordert, geeignete Maßnahmen noch in dieser Legislaturperiode vorzulegen. In der Sitzung des Deutschen Bundestages am 17.02.2017 wurde zudem die Große Anfrage „Soziale Lage und Absicherung von Solo-Selbstständigen“, von der Fraktion DIE LINKE, diskutiert.

*es handelt sich hier jeweils um hauptberuflich Selbstständige

In der GKV wird zwischen Solo-Selbstständigen sowie Selbstständigen mit Beschäftigten nicht unterschieden. Bei der Berechnung der Beitragshöhe wird bei Selbstständigen* prinzipiell von einer „fiktiven“ Mindestbemessungsgrundlage von monatlich 2.231,25 Euro (2017) ausgegangen, auch wenn das Einkommen unter diesem Betrag liegt. Das ergibt unter Heranziehung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes von 15,7 Prozent einen monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von 399,40 Euro (inkl. Kinderlosenzuschlag in der Pflegeversicherung). Für Bezieher eines Gründungszuschusses (Agentur für Arbeit) sowie für bedürftige Selbstständige kann der Beitrag auf 266,26 Euro gemindert werden. Zum Vergleich: Für nicht Selbstständige, die freiwillig versichert sind, gilt eine Mindestbemessungsgrenze von aktuell 991,67 Euro, was einen monatlichen Versicherungsbeitrag von 177,51 Euro ergibt.

- In Anbetracht der zum Teil erheblichen finanziellen Überforderung von selbstständig Tätigen mit geringem Einkommen halten wir eine Vereinheitlichung der Mindestbemessungsgrenzen auf den allgemeinen Wert in der freiwilligen Versicherung (991,67 Euro / Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag: 177,51 Euro) für angebracht. Dies kann zu einer Entlastung für die Betroffenen beitragen.

[Zum Download](#)
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren