

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

vom 11. Juli 2016

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG / Stand 23. Juni 2016)

I. Allgemeines

Wir begrüßen grundsätzlich das mit dem Entwurfstext verfolgte Ziel, die Qualität der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken, haben allerdings zum Teil Zweifel, ob die vorgeschlagenen Änderungen dieser Zielstellung förderlich sind.

Insbesondere erachten wir die Regelungen zur Ausschreibung als nicht ausreichend, da die neu eingeführten Zuschlagskriterien den Krankenkassen so viel Beurteilungsspielraum belassen, dass der niedrigste Preis in der Praxis höchst wahrscheinlich das allein maßgebliche Kriterium bleiben wird.

Ferner stellen die verstärkten Beratungs- und Dokumentationspflichten der Leistungserbringer zwar eine mögliche Option dar, dem Fehlverhalten einzelner Leistungserbringer, v.a. bei der Belastung der Versicherten mit unangemessen hohen Aufzahlungen, entgegen zu treten. Allerdings bringen diese Neuregelungen auch erheblichen bürokratischen Aufwand mit sich, was dazu führen könnte, dass eine bedeutende Zahl an Leistungserbringern, die nur verhältnismäßig wenig Umsatz generieren, jedoch zugleich für die Flächendeckung der Versorgung wichtig sind, ihre Aktivitäten im Hilfsmittelbereich überdenken müssen.

Des Weiteren erschließt sich uns die geplante fundamentale Änderung im Bereich des Präqualifizierungsverfahrens nicht, da sie erhebliche Unruhe in ein funktionierendes System bringt.

Die Regelung zu Verbandmitteln erachten wir nicht als geeignet, um die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden zu regeln. Der Referentenentwurf sieht zu diesem Punkt eine unverhältnismäßige Einschränkung der Erstattungsfähigkeit vor.

Nachfolgend gehen wir vertieft auf einzelne Bestimmungen ein, wobei wir uns auf Artikel 1 – SGB V beschränken.

II. Zu einzelnen Bestimmungen (zu Artikel 1 – Änderung des Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

1. Zu Nummer 1 (§ 31 Absatz 1a)

Das aus der Gesetzesbegründung ersichtliche Ziel, mehr Rechtssicherheit bei der Einordnung neuer Verbandmittel zu schaffen, ist begrüßenswert. Allerdings hätte die Neuregelung zugleich eine nicht unerhebliche Einschränkung der Erstattungsfähigkeit von Verbandmitteln zur Folge. Hierbei soll es sich nur noch um solche Gegenstände handeln, die dazu bestimmt sind und deren Wirkung darauf begrenzt ist, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen. Bei Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, sollen nur Gegenstände zur individuellen Erstellung von **einmaligen** Verbänden erfasst sein. Mit dieser Definition des Verbandmittelbegriffs würden einige, bisher unstrittig als Verbandmittel angesehene Gegenstände

de aus der Erstattungsfähigkeit herausfallen. Dies beträfe etwa:

- Verbandmittel, die ausschließlich zum Stützen bzw. Komprimieren von Körperteilen dienen und mehrfach angewendet werden können (z. B. zur Kompression der Extremitäten in der Phlebologie, Stützverbände bei Distorsion und Luxation)
- die Behandlung bei Dekubitus, Ulkus cruris, diabetischer Fuß
- Polsterwatte und -binden
- Uhrglasverbände zur Schaffung einer feuchten Kammer bei Lagophthalmus und nach LASIK-Eingriffen
- Wundauflagen mit Zusätzen (z. B. Silber oder Aktivkohle in antimikrobiell wirksamen Wundauflagen), wenn der Zusatz in den Vordergrund gestellt wird.

Derartige Einschränkungen werden häufig längere Heilungsprozesse zur Folge haben. Das Risiko von Komplikationen und Krankenhausaufenthalten steigt. Aufgrund dessen sind insgesamt höhere Behandlungskosten als bisher wahrscheinlich.

Vor allem würde die Neuregelung zulasten der betroffenen Versicherten gehen. Diese müssten u.U. einen längeren und schmerzhafteren Behandlungsverlauf in Kauf nehmen.

Wir fordern daher, von der Einführung des neuen § 31 Absatz 1a SGB V Abstand zu nehmen.

2. Zu Nummer 9 (§ 126 Absätze 1a und 2)

Die geplanten Änderungen lehnen wir ab. Das aktuell geltende Verfahren stellt sicher, dass die Präqualifizierungsstellen neutral und effektiv ihrer gesetzlich vorgesehenen Aufgabe nachkommen. Die Präqualifizierungsstellen werden auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 126 Absatz 1a SGB V vom GKV-Spitzenverband benannt und überwacht. Aus dieser Vereinbarung ergeben sich alle Anforderungen für neutrales und effektives Agieren. Es sind diesbezüglich zahlreiche Nachweise zu erbringen, etwa zum Verfahrensablauf, zur Aktenverwaltung und zur Übermittlung der erforderlichen Daten an den GKV-Spitzenverband. Durch Verträge zwischen GKV-Spitzenverband und Präqualifizierungsstellen ist sichergestellt, dass diese sich an den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes ausrichten, welche dieser gemäß seinem Auftrag nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V abgegeben hat.

Die Zertifizierung durch eine nationale Akkreditierungsstelle stellt gegenüber dem aktuellen Verfahren keine Verbesserung dar. Insbesondere ergibt sich hierdurch in der realen Versorgungswelt noch kein Mehr an Neutralität. Hierfür bedarf es der kontinuierlichen Überwachungstätigkeit durch den GKV-Spitzenverband wie sie bisher ausgeübt wird.

Mit den geplanten Änderungen würden die oben beschriebenen und über einen Zeitraum von mehr als 5 Jahren eingeübten Rahmenbedingungen für den Ablauf der Präqualifizierungsverfahren wegfallen. Alle Beteiligten müssten sich auf neue Verfahrensabläufe einstellen. Dies wäre einem reibungslosen Ablauf der Versorgung abträglich.

Die geplanten Änderungen bringen zudem erhebliche Kosten und hohen bürokratischen Aufwand zulasten der etablierten Präqualifizierungsstellen mit sich. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass diese sich vereinzelt vom Markt zurückziehen oder mit rechtlichen Mitteln – gestützt auf Artikel 12 GG – gegen die Neuregelung zur Wehr setzen. Dass dies die Funktionsfähigkeit des Präqualifizierungssystems gefährden würde, versteht sich von selbst.

Wir fordern daher, von den unter Nummer 9 geplanten Änderungen Abstand zu nehmen.

3. Zu Nummer 10 (§ 127)

a. § 127 Absatz 1 Satz 4 und Absatz 1b

Wir begrüßen die im Gesetzesentwurf erkennbare Absicht, dem weit verbreiteten Missbrauch von Ausschreibungsgewinnern entgegenzutreten. Gemäß § 127 Absatz 1 Satz 4 SGB V sollen Verträge aufgrund von Ausschreibungen auch mit mehreren Leistungserbringern möglich sein. Gemäß § 127 Absatz 1b SGB V werden Zuschlagskriterien außer dem Preis und der Kosten als verbindlich festgeschrieben. Diese dürfen 40 v.H. nicht unterschreiten.

Diese Regelungen wären zwar ein erster Schritt zur Verbesserung der Qualität in den von Ausschreibungen betroffenen Versorgungsbereichen. Die Maßnahmen greifen allerdings zu kurz, um effektiv zu sein.

Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass die im Rahmen von Ausschreibungsverfahren angebotenen Preise aufgrund des harten Preiswettbewerbs häufig so niedrig sind, dass eine ordnungsgemäße und aufzahlungsfreie Versorgung nur unter Inkaufnahme erheblicher Verluste möglich wäre. Das hat in der Regel zweierlei zur Folge: einen deutlichen Qualitätsverlust und hohe Aufzahlungen durch den Versicherten. Die Erfüllung des Versorgungsanspruchs des Versicherten nach § 33 Absatz 1 SGB V tritt in den Hintergrund. Das Sachleistungsprinzip wird ausgehöhlt. Die Krankenkassen verschließen vor diesem Missstand aus Gründen der Kostenminimierung die Augen.

Hieran ändern die Neuregelungen kaum etwas. Den Krankenkassen kommt weiterhin aufgrund der nicht abschließenden Liste von Zuschlagskriterien ein erheblicher Beurteilungsspielraum bei der

Entscheidung über den Zuschlag zu. Die neuen Zuschlagskriterien sollen außerdem lediglich zu 40 v.H. maßgeblich sein. Damit bleibt der Preis das wesentliche Kriterium, die Versorgungsqualität wird zweitrangig. Der Abschluss mit mehreren Leistungserbringern, als Instrument gegen die Entstehung monopolistischer Strukturen grundsätzlich sinnvoll, ist lediglich fakultativ und nicht zwingend vorgeschrieben. Angesichts des Spardrucks im GKV-System werden daher faktisch weiterhin Preis und Kosten die alles entscheidenden Kriterien bleiben, auch wenn formal der Anschein erweckt wird, andere Kriterien würden ebenfalls in die Entscheidung einfließen.

Leidtragender bleibt der Versicherte. Zwar sieht § 33 Absatz 6 Satz 3 SGB V vor, dass Versicherte einen anderen als den Ausschreibungsgewinner als Leistungserbringer wählen können, wenn ein berechtigtes Interesse gegeben ist. In diesem Fall soll der Versicherte allerdings die Mehrkosten tragen. Außerdem bleibt der unbestimmte Rechtsbegriff des „berechtigten Interesses“ im Versorgungsalltag ein „stumpfes Schwert“. Diesen Rechtsbegriff könnte man zwar konkretisieren, etwa indem man dem Versicherten bei Verzögerungen, Lieferung von minderwertigen Hilfsmitteln, die nicht dem Maßstab des § 33 Absatz 1 SGB entsprechen oder sonstigen Störungen im Versorgungsablauf die Loslösung vom Ausschreibungsgewinner gestattet. Das gleiche wäre bei Bestehen eines langjährigen Vertrauensverhältnisses zum bisher versorgenden Leistungserbringer denkbar. Auch bei entsprechender Anpassung des § 33 Absatz 6 SGB V müssten Versicherte sich ihr Recht auf adäquate Versorgung jedoch in langwierigen und aufwändigen Verfahren gegenüber ihrer Krankenkasse erkämpfen.

Vorzugswürdig wäre es daher, auf das Instrument der Ausschreibung ganz zu verzichten und auf Verhandlungsverfahren nach § 127 Absatz 2 SGB V aktuelle Fassung (a.F.) zu setzen, um die flächendeckende Versorgung zu garantieren.

Wir fordern daher folgende Änderungen des § 127 SGB V:

Die Absätze 1 und 1a werden gestrichen.

Absatz 2 wird zu Absatz 1 und wie folgt gefasst:

„¹Die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. ²Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine

wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. ³Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. ⁴Das Preisniveau muss eine mehrkostenfreie Versorgung ermöglichen. ⁵Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. ⁵Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren."

Absatz 2a wird zu Absatz 2.

b. § 127 Absatz 4a

Die Pflicht der Leistungserbringer zur Beratung der Versicherten ist ein zentrales Element der Hilfsmittelversorgung. Der Umfang der Pflicht wird im neuen Absatz 4a konkretisiert. Dies wirkt sich zugleich auf die Pflicht der Krankenkassen gemäß § 127 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 SGB V a.F. aus, „die Qualität der Hilfsmittel und die notwendige Beratung der Versicherten“ in Verträgen sicherzustellen. Die Neuregelung ist daher grundsätzlich begrüßenswert.

Allerdings geht die in Satz 2 vorgeschriebene Dokumentationspflicht zu weit. Hiernach ist jede Beratung schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen. Damit wird ein unzumutbarer bürokratischer Aufwand geschaffen, der insbesondere solche Leistungserbringer belastet, die viele Versichertenkontakte zu bewältigen haben. Hierdurch werden sich Verzögerungen im Versorgungsablauf ergeben. Außerdem wird eine nicht unbedeutende Zahl von Leistungserbringern – zulasten der Flächendeckung – erwägen, aus der Versorgung auszusteigen, da diese sich für sie nicht mehr wirtschaftlich darstellen lässt. Die Neuregelung ist überdies überflüssig, da bereits die existierenden Versorgungsverträge auf die jeweilige Vertragssituation abgestimmte Regelungen zur Dokumentationspflicht enthalten.

Wir fordern daher, die Sätze 2 und 4 des Entwurfs zu streichen.

c. § 127 Absätze 5a und 5b

Wir unterstützen die nunmehr explizit vorgesehene Überprüfung der Leistungserbringer durch die Krankenkassen. Insbesondere kann diese dazu führen, die auch im Bereich von Verträgen nach § 127 Absatz 2 SGB a.F. zum Teil hohen Aufzahlungsvolumina zu minimieren.

Allerdings sind auch hier die Mitwirkungspflichten der Leistungserbringer auf ein angemessenes Maß zu reduzieren. Die in Satz 3 festgeschriebene Pflicht zur Übermittlung der schriftlichen Bestäti-

gung des Versicherten über die Versorgung ist zu streichen, wie bereits unter **b.** ausgeführt. Ebenfalls abzulehnen ist die noch weiter reichende Pflicht nach Satz 4, im Einzelfall die Dokumentation des gesamten Versorgungsverlaufs vorzulegen. Diese Regelung ist erkennbar auf die Dauerversorgung durch ein und denselben Leistungserbringer zugeschnitten. In vielen Fällen passt sie nicht, etwa bezogen auf die Abgabe von Zubehör oder sonstige Fertigware, wenn insoweit kein besonderer Beratungsbedarf gegeben ist sowie auf die Versorgung durch mehrere Leistungserbringer. Ungeachtet dessen gilt auch hier, dass ein unbegründet hoher Aufwand an Bürokratie geschaffen wird, der Versicherte und Leistungserbringer unangemessen belastet.

Wir fordern daher in Absatz 5a Satz 3 die Streichung des Textes nach dem Wort „erteilen“. Außerdem fordern wir die Streichung der Sätze 4 und 5.

Außerdem fordern wir die Ergänzung der Aufsicht über die Leistungserbringer um eine Regelung zur Aufsicht über die Krankenkassen. Es ist festzustellen, dass diesen das Fehlverhalten einzelner Leistungserbringer über einen langen Zeitraum bekannt gewesen ist, ohne dass sie dagegen eingeschritten wären. Sie haben hierüber vielmehr häufig hinweg gesehen, um eine für sie preiswerte und kostengünstige Versorgung zu erhalten. Daher lassen die nunmehr gesetzgeberisch in Aussicht gestellten Überwachungsinstrumente für sich genommen keine tiefgreifende Verbesserung erwarten. Flankierend ist vorzusehen, dass die Krankenkassen regelmäßig Rechenschaft darüber abzulegen haben, welche Maßnahmen sie zur Beaufsichtigung der Leistungserbringer ergriffen haben und welche Ergebnisse dabei erzielt wurden.

Wir fordern daher, dem § 274 SGB V folgenden Absatz 1a hinzuzufügen:

„Die Krankenkassen geben der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde jährlich darüber Auskunft, welche Überwachungsmaßnahmen nach § 127 Absatz 5a sie durchgeführt haben. Der Auskunft können stichprobenartige Auswertungen zugrunde gelegt werden.“

4. Zu Nummer 12 (§ 131)

Wir können der Änderung in § 131 Absatz 4 SGB V grundsätzlich zustimmen. In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, dass Änderungen der Anlage V zur Arzneimittelrichtlinie nur mit zeitlichem Vorlauf erfolgen können, damit eine korrekte Darstellung der Erstattungsfähigkeit im Preis- und Produktverzeichnis gewährleistet ist. Derzeit treten solche Änderungen häufig rückwirkend in Kraft, weswegen sie sich zum Zeitpunkt der Abgabe eines Produktes naturgemäß nicht korrekt abbilden lassen. Dieser Missstand würde durch die geplante Änderung in § 131 Absatz 4

SGB V verschärft.

Es wäre daher durch entsprechende gesetzliche Regelung sicherzustellen, dass Änderungen der Arzneimittelrichtlinie – wie derzeit beispielsweise bei Änderungen von Anlage VII zur Arzneimittelrichtlinie gehandhabt – frühestens vier Wochen nach Ablauf des Tages der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten.

5. Zu Nummer 14 (§ 139)

a. § 139 Absatz 4

Die vorgesehene Aufnahme eines Hilfsmittels ins Hilfsmittelverzeichnis nur für bestimmte Indikationen führt in der Versorgungspraxis zu Problemen und ist daher abzulehnen. Die Indikation ist dem Leistungserbringer in vielen Fällen nicht bekannt und dürfte aus datenschutzrechtlichen Gründen in der Regel auch nicht in Erfahrung zu bringen sein.

Wir fordern daher, Satz 2 des Entwurfs zu streichen.

b. § 139 Absatz 8

Die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung von Versorgungsqualität. Wir geben allerdings zu bedenken, dass der in Absatz 8 vorgesehene Zeitplan einen erheblichen Arbeitsaufwand mit sich bringt, obwohl das angestrebte Ziel der Qualitätsverbesserung einfacher, effektiver und nachhaltiger auf anderem Weg erreicht werden könnte.

Bis zum 1. Januar 2019 soll das Hilfsmittelverzeichnis grundlegend überarbeitet werden. Hauptakteur hierbei ist der GKV-Spitzenverband; die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer werden unterstützend tätig. Aus derart umfassenden Änderungen wird sich bei nahezu allen Versorgungsverträgen Anpassungsbedarf ergeben, da diese in der Regel auf die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses Bezug nehmen.

Mit weniger Aufwand könnte man mehr Erfolg erzielen, wenn man erstens Ausschreibungen untersagt und damit das wesentliche Hindernis für Qualität in der Hilfsmittelversorgung ausräumt sowie zweitens die Krankenkassen dazu bewegt, ihrer Aufsichtspflicht nachzukommen und den seit Jahren bestehenden Missständen in der Hilfsmittelversorgung effektiv entgegenzutreten, anstatt hierüber aus Kostengründen hinwegzusehen.

Der nun beschrittene, sehr aufwändige Weg einer Qualitätssteigerung über das Hilfsmittelverzeichnis droht hingegen schon deshalb ins Leere zu laufen, weil äußerst fraglich ist, ob die Krankenkassen bereit wären, für mehr Qualität auch mehr

Geld zu bezahlen.

6. Zu Nummer 18 (§ 302)

Wir sehen die Pflicht der Leistungserbringer, zukünftig über die bisher in Absatz 1 genannten Abrechnungsdaten hinaus auch über die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten zu informieren, aus Verfahrensgründen kritisch. Unseres Erachtens gibt es auf der ärztlichen Verordnung (Muster 16) kein maschinenlesbares, definiertes Feld für die Mehrkosten; es gibt auch keinen Platz für ein neues Feld. Die Leistungserbringer müssten diese Information handschriftlich auf die ärztliche Verordnung aufbringen. Durch die Angabe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten im Rahmen der Abrechnung nach § 302 entstehen erhebliche Aufwendungen u.a. bei den Rechenzentren und bei den Softwarehäusern. Die Neuregelung ist überdies überflüssig, da bereits nach aktueller Fassung der Richtlinie gemäß § 302 SGB V über dort näher beschriebene Kennzeichen Informationen zu wirtschaftlichen Aufzählungen übermittelt werden müssen und auch die existierenden Versorgungsverträge auf die jeweilige Vertragssituation abgestimmte Regelungen zu Informationen über Mehrkosten enthalten.

Wir fordern daher, die in § 302 Absatz 1 vorgesehene Änderung zu streichen.

III. Weiterer Änderungsbedarf

1. § 126 Absatz 1 SGB V

Die Versorgung mit Hilfsmitteln kann nur von Leistungserbringern erbracht werden, die hierzu geeignet sind. Näheres hierzu legt der GKV-Spitzenverband in Empfehlungen fest. Dieses Regelwerk beschreibt äußerst detailreich und umfassend Anforderungen bezogen auf genau definierte Versorgungsbereiche.

Dieser inhaltliche Maßstab ist dann sinnvoll, wenn es sich um komplexe, beratungsintensive und potentiell gefahrbehaftete Versorgungssituationen handelt. Unpassend ist er jedoch dann, wenn die Versorgung sich ohne besonderen Beratungs- und Anpassungsbedarf vollzieht, wie dies häufig bei der Abgabe von Zubehör oder Fertigware anzunehmen ist. In diesen Fällen bedarf es keines besonderen Eignungsnachweises, der für alle Beteiligten nur unnötige Bürokratie bedeuten würde. Es bedarf insoweit einer Rückführung der Eignungsanforderungen auf das gebotene Maß. In dem Zusammenhang verweisen wir darauf, dass das Bundessozialgericht mit Urteil vom 21.7.2011, B 3 KR 14/10 R, festgestellt hat, dass mit der gesetzlichen Neuregelung, die der erheblichen Ausweitung der Eignungskriterien durch den GKV-Spitzenverband zugrunde lag, keine verschärften Zugangsbedingungen zur Hilfsmittelversorgung gewollt waren.

Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes sind noch aus einem weiteren Grund problematisch. Sie stellen Erfordernisse auf, deren Vorliegen zumindest im Fall der Apotheken bereits in anderen Verfahren geprüft worden sind. Die apothekerliche Tätigkeit wird bereits durch das Apothekengesetz und die Apothekenbetriebsordnung zur Genüge reguliert. Nachweise, die bereits zur Erlangung der Betriebserlaubnis erbracht worden sind, müssen jedoch bisher im Rahmen der Eignungsprüfung erneut vorgelegt werden. Hierauf sollte künftig verzichtet werden.

Wir fordern daher folgende Änderungen in § 126 SGB V a.F.:

Dem Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Ungeachtet der Empfehlungen nach Satz 3 ist von der Eignung gemäß Satz 2 auszugehen, wenn es sich um eine Notfallversorgung oder eine Versorgung ohne besonderen Anpassungs- oder Beratungsbedarf handelt, sofern die Patientensicherheit nicht gefährdet ist.“

Dem Absatz 1a wird folgender Satz 9 hinzugefügt:

„Die Krankenkassen und die geeigneten Stellen nach Satz 2 prüfen das Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 insoweit nicht, als dass diese bereits Gegenstand eines berufsrechtlichen Prüfungsverfahrens gewesen sind.“

2. § 127 Absatz 6 SGB V

Gemäß § 127 Absatz 6 sollen der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Leistungserbringer-Organisationen auf Bundesebene Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung abgeben.

Dieser gesetzliche Auftrag macht nur dann Sinn, wenn die Empfehlungen auch einheitlich von den Krankenkassen umgesetzt werden. In den ersten Gesprächen, welche die Beteiligten im Jahr 2016 geführt haben, wurde jedoch bereits deutlich, dass man die Empfehlungen kassenseitig nur als unverbindliche und in jeder Hinsicht modifizierbare Leitlinie ansieht.

Daher fordern wir, § 127 Absatz 6 SGB V a.F. wie folgt zu fassen:

„¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene schließen eine Rahmenvereinbarung zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. ²In der Vereinbarung können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. ³§ 139 Absatz 2 bleibt unberührt. ⁴Die

Vereinbarung nach Satz 1 ist den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 verbindlich zugrunde zu legen.“

3. § 127 Absatz 7 SGB V

Angesichts einer großen Vielzahl zum Teil sehr komplexer Versorgungsverträge kann es für Leistungserbringer zielführend sein, im Interesse einer schnellen und sicheren Versorgung der Versicherten Hilfestellung bei der Vertragsdurchführung zu bekommen. Insbesondere die Vielzahl von Genehmigungsanträgen kann von einigen Leistungserbringern kaum alleine bewältigt werden. Eine datenschutzrechtliche Klarstellung für solche Fälle ist sinnvoll und sollte in einem neuen § 127 Absatz 7 wie folgt gefasst werden:

„¹Soweit Leistungserbringer bei der Durchführung der vertraglichen Beziehungen zu gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere im Rahmen von Genehmigungsverfahren, ihre Verbände oder sonstige Stellen in Anspruch nehmen, können sie diesen zu diesem Zweck und soweit erforderlich Verordnungsdaten übermitteln. ²Die nach Satz 1 in Anspruch genommenen Stellen dürfen diese Daten nur im Rahmen dieser Zwecke verarbeiten und nutzen.“

4. § 302 Absatz 2 SGB V

Im Gegensatz zur Arzneimittelabrechnung legt im Bereich der Hilfsmittelversorgung der GKV-Spitzenverband einseitig in Richtlinien das Nähere zu Form und Inhalt der Abrechnung fest. Wertvolles Expertenwissen aus dem Kreis der Leistungserbringer geht so verloren. Dass eine Regelung unter Umständen unpraktikabel ist, stellt sich häufig erst heraus, nachdem sie bereits in Kraft getreten ist.

Wir fordern daher, § 302 Absatz 2 Satz 1 SGB V wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene regeln in einer für die Leistungs- und Lieferverträge maßgeblichen Abrechnungsvereinbarung das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens.“