



**Bundesverband  
Selbsthilfe  
Körperbehinderter e.V.**

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. · Postfach 20 · 74236 Krautheim

Bundesministerium für Gesundheit  
Till Hiddemann  
Referat 221  
Rochusstr. 1  
53107 Bonn

**Per E-Mail:** [221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)

**Vertretungsberechtigter  
Bundesvorstand**

Altkrautheimer Str. 20  
74238 Krautheim  
Tel.: 06294 4281-0  
Fax: 06294 4281-19  
[info@bsk-ev.org](mailto:info@bsk-ev.org)  
[www.bsk-ev.org](http://www.bsk-ev.org)

Berlin, den 18.05.2016

**Stellungnahme zum Referentenentwurf  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Heil- und Hilfsmittelrechtes (Heil- und  
Hilfsmittelversorgungsgesetz- HHVG)**

Sehr geehrter Herr Hiddemann,

der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) gibt im Rahmen seines Mitberatungsrechtes zum Referentenentwurf zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz die nachfolgende Stellungnahme ab.

Grundsätzlich begrüßt der BSK die Neuordnung des Heil- und Hilfsmittelrechtes, insbesondere die Berücksichtigung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung, unsere Anmerkungen und Ergänzungen hierzu finden sie im Folgenden.

Auf Grund der besonderen Situation der Mitglieder/-innen des BSK werden wir uns in großen Teilen mit den Änderungen im Hilfsmittelrecht auseinandersetzen.

Seit langem schon wird vor allem die schlechte Qualität der Hilfsmittel und der schlechte Service immer wieder auch von den Mitgliedern des BSK beklagt. Durch die gesetzlichen Änderungen mit der Möglichkeit Hilfsmittel aus zu schreiben und nur bestimmte Anbieter für die Versicherten als Vertragspartner zuzulassen, kam es zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität. Der Gesetzgeber hat nun eine längst fällige Gesetzesänderung in Angriff genommen, die leider nur in Teilen zu Verbesserungen führt.

**1. § 126 SGBV- RefEntw.**

**a. Präqualifizierungsverfahren**

Grundsätzlich begrüßt der BSK das Präqualifizierungsverfahren. Allerdings wird hierbei wie bisher nur geprüft, ob der Leistungserbringer die Anforderungen an die ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln erfüllt. Die vom Gesetzgeber angestrebte Stärkung der Strukturqualität

**Spendenkonto:**

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE76 6012 0500 0007 7021 00  
BIC BFSWDE33STG

**Geschäftskonto:**

Sparkasse Neckartal-Odenwald  
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51  
BIC SOLADES1MOS

**Gemeinnützigkeit:**

Gemeinnützigkeit  
zuerkannt durch das  
Finanzamt Öhringen  
Steuer-Nr.: 76001/30101

**Der BSK ist Mitglied in diesen Verbänden:**



ist so nicht zu erreichen. Die Prüfung im Präqualifizierungsverfahren beinhaltet nicht die Qualität der Beratung, ob ein Vor – Ort – Service angeboten wird oder ob und in welchem Umfang der Leistungserbringer überhaupt Serviceleistungen erbringt.

Der BSK fordert hier eine klare Regelung zur Prüfung der Servicequalität. Eine solche Überprüfung der Servicequalität kann z.B. durch nachgewiesene Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiter/innen der Leistungserbringer in Bezug auf Beratung, durch Hidden clients oder Versichertenbefragungen erfolgen.

### Formulierungsvorschlag

Eine Ergänzung des § 126 Absatz 1 Satz 2 könnte so aussehen:

„...Vertragspartner der Krankenkasse können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel **erfüllen und die Einhaltung einer hohen Servicequalität und die Wohnortnahe Versorgung gewährleisten können....**“

Der BSK bemängelt, dass es keine Unabhängige Einrichtung gibt, die die Ergebnisqualität überwacht. Also, ob der Leistungserbringer seinen Versorgungsauftrag erfüllt und wie er ihn erfüllt.

Hier könnte zumindest eine Rezertifizierung der Leistungsanbieter ein erster Schritt sein auch wenn dies dann eher keine unabhängige Stelle ist. Eine solche Rezertifizierung ist lediglich für die Präqualifizierungsstellen nach fünf Jahren vorgesehen. Mit einer regelmäßigen Überprüfung im Rahmen einer Rezertifizierung der Leistungserbringer, könnte die Einhaltung der Standards für den Abschluss eines Vertrages mit der Krankenkasse sichergestellt werden. Die Rezertifizierung übernimmt dann nicht die Präqualifizierungsstelle, sondern beispielsweise eine Präqualifizierungsstelle, die im Losverfahren dem Leistungserbringer zugeteilt wurde.

### Formulierungsvorschlag

Ein eingefügter § 126 Absatz 2a:

(2a) Die nach Absatz 1a Satz 2 zertifizierten Leistungserbringer sind erstmals nach zwei Jahren einer erneuten Überprüfung der Kriterien nach Absatz 1 Satz 2 durch eine Präqualifizierungsstelle zu unterziehen, die nicht das Erstzertifikat ausgestellt hat. Es muss bei der erneuten Zertifizierung sichergestellt werden, dass es zu keiner Einflussnahme des Leistungserbringers auf die Präqualifizierungsstelle kommt. Eine fortlaufende Zertifizierung ist dann aller vier Jahre durchzuführen.

## 2. § 127 SGB V RefEntw.

Die Änderungen in § 127 SGB V RefEntw. sind vielschichtig und zielen alle auf eine bessere Versorgung mit Hilfsmitteln ab.

#### **a. Wahlmöglichkeit § 127 Absatz 1 Satz 2 SGB V RefEntw.**

Der § 127 SGB V RefEntw. wird in Teilen grundlegend neu gefasst. Die Intention des Gesetzgebers so die Qualität der Leistungen und die Wahlfreiheit zu verbessern ist erkennbar. Jedoch sind nicht alle Änderungen für Versicherte positiv zu bewerten.

Die Wahlmöglichkeit der Versicherten ist weiter eingeschränkt. Die Krankenkassen können, müssen aber nicht mit mehreren Leistungserbringern Verträge abschließen. Die Regelung sollte vielmehr klar machen, dass die Vergabe an nur einen Hilfsmittelerbringer die Ausnahme sein sollte, damit der/die Versicherte eine größere Vielfalt an Wahlmöglichkeit unter den Leistungserbringern hat. Hier fordert der BSK eine Klarstellung im Gesetz dergestalt, dass die Krankenkasse zwingend mit mindestens zwei Anbietern Verträge abschließen muss.

#### **b. Hinreichende Auswahl § 127 Absatz 1 Satz 2 SGB V RefEntw.**

Auch die in § 127 Absatz 1 Satz 2 SGBV RefEntw. eingefügte Passage einer hinreichenden Auswahl an Hilfsmitteln ist zu unbestimmt. Was hinreichend ist, wird der KK oder dem Leistungserbringer überlassen. Der BSK fordert hier eine klare Definition im Gesetz, was unter einer hinreichenden Versorgung zu verstehen ist.

#### **c. Wohnortnahe Versorgung § 127 Absatz 1 Satz 2 SGB V RefEntw.**

Der BSK begrüßt demgegenüber, dass eine wohnortnahe Versorgung deutlicher hervorgehoben wird.

Wir geben jedoch zu bedenken, dass wohnortnahe Versorgung eben nicht bedeutet, dass der Leistungserbringer auch wirklich in unmittelbarer Nähe anzutreffen ist. Vielmehr ist es nach der Rechtsprechung immer abhängig von der Art der Versorgung, wann noch eine wohnortnahe Versorgung vorliegt.

Wichtig ist hier, dass der Leistungserbringer dem/der Versicherten die Möglichkeit einräumt frei zwischen unterschiedlichen Beratungsformen zu wählen und der/die Versicherte diese dann auch entsprechend wahrnehmen kann.

#### **d. Beratung § 127 Absatz 4a Satz 1 SGB V RefEntw .**

Die Leistungserbringer müssen die Versicherten beraten.

Der Begriff Beratung bezeichnet umgangssprachlich ein strukturiertes Gespräch oder eine vergleichbare Kommunikationsform (Brief, E-Mail o. ä.) oder auch eine praktische Anleitung, die zum Ziel hat, eine Aufgabe oder ein Problem zu lösen oder sich der Lösung anzunähern. Meist wird Beratung im Sinne von „*jemandem in helfender Absicht Ratschläge erteilen*“ verwendet.

Diese Beratung muss in einfacher verständlicher Sprache geschehen und zwar alters- und behindertengerecht. Beratung erschöpft sich nicht nur in der Weitergabe von Informationsmaterial und dem Versenden von Produktproben, sondern beinhaltet mehr.

Es darf weiterhin nicht außer Acht gelassen werden, dass der Arzt was die Behandlung des/der Versicherten anbelangt eine Verordnungshoheit hat. Hier ist Beratung durch den Leistungserbringer gut und schön, wenn dies aber bedeutet, dass die Verordnungshoheit des Arztes unterlaufen wird, ist die Regelung nicht zielführend.

#### e. Mehrkosten § 127 Absatz 4a Satz 2 und 3 SGB V RefEntw .

Eine Information über zu tragende Mehrkosten ist selbstverständlich. Was allerdings ist die Folge, wenn diese Information unterbleibt? Bleibt dann der Leistungserbringer auf den Kosten sitzen? Hier fordert der BSK eine Regelung in das Gesetz aufzunehmen, die bei unterlassener Information über die Mehrkosten dem Leistungserbringer aufgibt, dem/der Versicherten die Leistung ohne Mehrkosten zur Verfügung zu stellen.

##### **Formulierungsvorschlag**

§ 127 Absatz 4a Satz 4 wäre einzufügen

„... Sollte der Leistungserbringer den Versicherten nicht schriftlich über die Mehrkosten aufklären, so muss er das Hilfsmittel ohne Berechnung der Mehrkosten dem Versicherten bereitstellen.“

Um eine bessere Verbindlichkeit zu erreichen schlägt der BSK vor, die Information schriftlich an den/die Versicherte/n zu übergeben und diese Information in leicht verständlicher Sprache abzufassen. Dann könnte Satz 4 gestrichen werden, denn der bezieht sich lediglich auf die Dokumentation. Das heißt der Leistungserbringer muss schriftlich dokumentieren, dass er den Versicherten über die Mehrkosten informiert hat. Das ist zu manipulationsanfällig. Besser ist hier einfach den Versicherten schriftlich zu informieren

##### **Formulierungsvorschlag**

„... Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 5 sind die Versicherten auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten **schriftlich in einfacher und verständlicher Sprache** zu informieren.“

#### f. Gewichtung § 127 Absatz 1b SGB V RefEntw.

Der BSK vertritt die Ansicht, dass die in § 127 Absatz 1b SGB V RefEntw. vorgegebene Gewichtung der einzelnen Faktoren bei der Vergabe nicht zielführend ist.

Die Krankenkassen können schon heute im Rahmen des Wettbewerbes eine Vergabe die neben dem Preis auch andere Kriterien vorsieht vornehmen. Dazu bedarf es dieser gesetzlichen Regelung nicht. Da bei der vorliegenden Fassung immer noch der Preis ausschlaggebend ist, wird sich an der Vergabepaxis der Krankenkassen nicht viel ändern. Da nach wie vor das Wirtschaftlichkeitsgebot im Vordergrund steht, werden Krankenkassen in der Regel demjenigen den Zuschlag erteilen, der den günstigsten Preis hat. Will der Gesetzgeber hier eine Änderung, dann darf der Preis nicht als Hauptkriterium herangezogen werden.

#### g. Offenlegung Verträge § 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V RefEntw.

Der BSK begrüßt, dass Wesentliche Inhalte der Verträge offengelegt werden müssen und das ohne Aufforderung durch den Versicherten. Was allerdings wesentliche Inhalte

sind im Gesetz nicht geregelt und bleibt demnach der Krankenkasse überlassen. Hier fordert der BSK eine eindeutige Definition, was wesentliche Vertragsinhalte sind:

**Formulierungsvorschlag:**

§ 127 Absatz 5 hinter Satz 1 wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

„...Zu den wesentlichen Inhalten gehören mindestens der Vertragsgegenstand und Höhe die Kostenübernahme.“

**h. Absatz 5a, 5b RefEntw. Überprüfung durch die Krankenkasse**

Stichprobenprüfungen sind gut, sollten aber speziell bei sehr anfälligen Versorgungsleistungen, wie Inkontinenzartikeln, explizit geregelt werden. Hier sollte der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen sehr genau hinschauen. Die Versorgungsrealität sieht da anders aus. Wie eine angemessene Sanktion aussehen könnte ist schleierhaft. Leistungserbringer, die die Versorgung nicht sicherstellen können bzw. den Anforderungen aus dem Vertrag mit der Krankenkasse nicht genügen, sollten Versicherte auf Kosten der Krankenkasse nicht mehr beliefern dürfen. Dass die Krankenkassen ihre eigenen Vertragspartner empfindlich sanktionieren ist eher unwahrscheinlich, zumal die Leistung eine Dritte Person betrifft und Krankenkassen bei Schlechtversorgungen keine Konsequenzen zu befürchten haben. Der BSK fordert den Gesetzgeber auf, Überlegungen anzustellen, welche Sanktionsmöglichkeiten von Seiten der Versicherten gegenüber den Krankenkassen möglich sind, wenn diese ihrem Versorgungsauftrag nicht nachkommen. Die Überprüfung und Überwachung der Leistungserbringer ist die eine Seite, die andere ist die Zufriedenheit der Versicherten mit der Versorgung.

**3. § 139 Absatz 7, 7a, 8 SGB V RefEntw.**

**a. Fortschreibung Hilfsmittelverzeichnis**

Der BSK befürwortet die Regelung zu einer kontinuierlichen Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und dass die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene angehört werden. Allerdings darf das nicht dazu führen, dass es zu permanenten zeitlichen Verzögerungen führt. Was auch nicht klar ist: Was passiert mit alten und neuen Hilfsmitteln, wenn das Hilfsmittelverzeichnis nicht zeitgerecht überarbeitet wurde. Fallen die dann raus und sind die neuen automatisch drin? Das führt im Zweifelsfall auch wieder dazu, dass das Hilfsmittelverzeichnis hinterherhinkt. Auch wäre es sicherlich hilfreich Betroffenenverbände in die Anhörung mit einzubeziehen. Gut ist, dass auch die maßgeblichen Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss zu beteiligen sind.

**4. § 140f SGB V RefEntw.**

Geld alleine reicht nicht aus, um den Organisationsaufwand abzudecken. Der BSK fordert darüber hinaus auch organisatorische und strukturelle Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Arbeit der Patientenvertreter zu schaffen.

**5. § 302 SGB V RefEntw.**

Die Angabe der Mehrkosten bei der KK ist zwar ganz gut nur muss sichergestellt werden, dass die KK auch entsprechende Schlüsse zieht, wenn ein Leistungserbringer zu häufig Mehrkostenvereinbarungen abschließt. Das bedeutet, dass über die Auffälligkeitsprüfung nach § 127 Absatz 5a SGB V RefEntw. hier die Krankenkassen entsprechende Schlüsse und die damit verbundenen Konsequenzen ziehen müssen. Das heißt, der Leistungserbringer darf nicht mehr liefern um eine Übervorteilung der/des Versicherten zu verhindern.

#### **6. § 64 d SGB V RefEntw.**

Der BSK begrüßt eine Änderung der Heilmittelverordnung begibt allerdings zu bedenken, dass mit diesen teilweise in die Verordnungshoheit der Ärzte eingegriffen wird. Dies kann nicht Ziel dieser Änderungen sein.

Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer Neuregelung im Bereich des Heil- und Hilfsmittelrechts erkannt hat und Ansätze für eine stärkere Ausrichtung auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung erkennbar sind.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit eine Stellungnahme abzugeben und wollen gerne wir unsere Position auf der Anhörung persönlich vertreten Wir sind bereit den weiteren Gesetzgebungsprozess aktiv zu begleiten.

Mit freundlichen Grüßen



Gerwin Matysiak  
Bundesvorsitzender



Andrea Fabris  
Referentin Gesundheit- und Sozialpolitik