

**Stellungnahme**  
**des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen**  
**zum Referentenentwurf eines Gesetzes**  
**zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung**  
**(Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)**

### **Vorbemerkung**

Im Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) sind 280 regionale Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, in denen etwa 28.000 Mitgliedsfamilien organisiert sind. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um körperbehinderte Menschen, deren Leben sich kaum von dem nichtbehinderter unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Hilfe, Pflege und Zuwendung angewiesen sind.

Im Hilfsmittelbereich beobachtet der bvkm mit großer Sorge seit dem im Jahr 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Vertragsprinzip eine zunehmende Verschlechterung der Versorgung von Menschen mit Behinderung. Sehr deutlich zeigt sich diese Verschlechterung insbesondere bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfen. Bereits 2011 ergab eine unter den Mitgliedern des bvkm durchgeführte Umfrage, dass inkontinente Menschen teilweise drastische Aufzahlungen leisten, um Hilfsmittel in der für sie medizinisch erforderlichen Qualität und Menge zu bekommen. Eine Familie berichtete, dass sie monatlich für Windeln 89 Euro, im Jahr also allein für die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln 1.068 Euro dazu bezahlt. Die Rückmeldungen machten auch deutlich, dass die meisten Betroffenen leider nicht gut über ihre Rechte informiert sind und deshalb nicht wissen, dass sie – abgesehen von den gesetzlich geregelten Zuzahlungen – keine weiteren Aufzahlungen für medizinisch erforderliche Hilfsmittel leisten müssen.

Seit vielen Jahren – erstmals auf der Fachtagung „Hilfsmittelversorgung“ beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen im April 2011 – fordert der bvkm deshalb im Bereich der Hilfsmittelversorgung:

- Versicherte müssen von den Krankenkassen besser über ihre Rechte informiert werden. Insbesondere müssen Krankenkassen deutlich darauf hinweisen, dass Versicherte für eine medizinisch notwendige Versorgung über die gesetzliche Zuzahlung hinaus keine Aufzahlungen für Hilfsmittel leisten müssen.
- Krankenkassen und Leistungserbringer machen sich gegenseitig für Versorgungsprobleme verantwortlich. Dies geht zu Lasten der Versicherten. Die Krankenkassen müssen Versicherte bei der Durchsetzung ihres Leistungsanspruchs unterstützen. Das Problem darf nicht auf die Ebene Versicherter/Leistungserbringer verlagert werden, denn diese beiden Akteure des Leistungsgeschehens sind nicht Vertragspartner. Es ist nicht Aufgabe der Versicherten, auf die Einhaltung der Verträge durch die Leistungserbringer zu bestehen.
- Bei den Krankenkassen sollte es einen zentralen Ansprechpartner, eine Art „Behindertenbeauftragter bei der Krankenkasse“ geben, der sich speziell mit der Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung auskennt und bei auftretenden Problemen weiterhilft.
- Ausschreibungs- und Verhandlungsverträge müssen öffentlich gemacht werden, damit sich Versicherte über ihre Rechte informieren können.
- Die Krankenkassen müssen die Leistungserbringer stärker kontrollieren in Bezug darauf, ob diese Qualitätsstandards erfüllen und medizinisch erforderliche Versorgung ohne Aufzahlung leisten.
- Leistungserbringern, die ihre vertraglichen Pflichten nicht oder nur unzureichend erfüllen, muss der Vertrag umgehend gekündigt werden.

Der vorgelegte Referentenentwurf zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz greift einige dieser Forderungen auf. Zu begrüßen ist insbesondere die in § 127 Absatz 5a SGB V RefE-HHVG vorgesehene Pflicht der Krankenkassen, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu überwachen. Befürwortet wird auch die Beratungspflicht der Leistungserbringer, die in § 127 Absatz 4a SGB V RefE-HHVG vorgesehen ist. Nur unzureichend geregelt ist dagegen die den Krankenkassen ihrerseits obliegende Pflicht, Versicherte im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung zu beraten. Wünschenswert wäre hier die Normierung einer umfassenden Beratungspflicht, um Versicherte bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu stärken.

Nachfolgend nimmt der bvkm zu den Regelungen des Referentenentwurfs Stellung, die den von ihm vertretenen Personenkreis in besonderer Weise betreffen:

### **Artikel 1 Nr. 10 b) § 127 Absatz 1b SGB V RefE-HHVG**

Der bvkm begrüßt, dass ausdrücklich normiert werden soll, dass der Preis bei Ausschreibungen nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein darf. Zu berücksichtigen sein sollen vielmehr auch verschiedene, weitere mit dem Auftragsgegenstand in Verbindung stehende Kriterien, wie etwa Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit der Leistung insbesondere für Menschen mit Behinderungen, Organisation, Qualifikation und Erfahrung des mit der Ausführung des Auftrags betrauten Personals, Kundendienst und technische Hilfe, Lieferbedingungen sowie Betriebs- und Lebenszykluskosten.

Zu kritisieren ist in diesem Zusammenhang jedoch die Regelung in Satz 4 der Vorschrift, wonach die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, 40 Prozent nicht unterschreiten darf. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass es erlaubt sein soll, den Preis mit maximal 60 Prozent bei der Zuschlagserteilung zu gewichten. Im Ergebnis dürfte der Preis also ein höheres Gewicht haben als die qualitativen Kriterien. Dies lässt befürchten, dass Ausschreibungen auch künftig in erster Linie auf Kosteneinsparungen abzielen und zu Lasten der Versorgungsqualität gehen. Um diese Gefahr abzuwenden, sollte sichergestellt sein, dass die qualitativen Kriterien bei der Zuschlagserteilung deutlich höher gewichtet werden als der Preis. Der bvkm schlägt deshalb vor, § 127 Absatz 1b Satz 4 SGB V wie folgt zu fassen:

„Die Gewichtung der Zuschlagskriterien, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, darf 80 v. H. nicht unterschreiten.“

### **Artikel 1 Nr. 10 c) § 127 Absatz 4a SGB V RefE-HHVG**

Die in dieser Vorschrift vorgesehene Beratungspflicht der Leistungserbringer und die damit verbundene Dokumentationspflicht werden vom bvkm sehr begrüßt. Angesichts der Tatsache, dass Leistungserbringer nach Erkenntnissen des bvkm häufig „Qualitätszuschläge“ von den Versicherten für eine angeblich höherwertige Versorgung verlangen, wird ebenfalls begrüßt, dass Leistungserbringer Versicherte über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten informieren müssen.

### **Artikel 1 Nr. 10 d) § 127 Absatz 5 SGB V RefE-HHVG**

Im Gegensatz zur Beratungspflicht der Leistungserbringer ist die Beratungspflicht der Krankenkassen bedauerlicher Weise nur unzureichend geregelt. Laut Absatz 5 haben sie ihre Versicherten lediglich über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Diese eingeschränkte Beratungspflicht ist umso misslicher als der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln letztlich gegenüber der Krankenkasse besteht. Diese entzieht sich nach Erkenntnissen des bvkm aber häufig ihrer

Verantwortung und verweist die Versicherten bezüglich der Versorgung mit Hilfsmitteln an die Leistungserbringer und die mit diesen getroffenen Vereinbarungen.

Das ist vor allem deshalb unbefriedigend, weil der Versicherte selbst nicht Vertragspartner der Leistungserbringer ist und deshalb auch keinen Einfluss auf das Leistungsgeschehen nehmen kann. Es ist nicht seine Aufgabe, auf die Einhaltung der Verträge durch die Leistungserbringer zu bestehen.

Wichtig wäre es deshalb, in Absatz 5 festzulegen, dass die Krankenkasse zu einer eingehenden Beratung der Versicherten in Bezug auf die Hilfsmittelversorgung verpflichtet ist. Der bvkm schlägt deshalb vor, § 127 Absatz 5 Satz 1 SGB V wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkassen haben die Versicherten über ihren Versorgungsanspruch nach § 33 sowie darüber zu informieren, dass die Versicherten von der Krankenkasse im Einzelfall den Abschluss einer Vereinbarung mit einem geeigneten Leistungserbringer verlangen können, wenn die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner ihre Pflicht zur Versorgung mit im Einzelfall geeigneten und medizinisch notwendigen Hilfsmitteln nicht erfüllen.“

Hinsichtlich der Ausschreibungs- und Verhandlungsverträge sollte außerdem die vollständige Transparenz für die Versicherten hergestellt werden. Nicht ausreichend ist es deshalb, wenn die Krankenkasse lediglich dazu verpflichtet ist, über die „wesentlichen Inhalte der Verträge“ zu informieren. Der bvkm schlägt deshalb vor, § 127 Absatz 5 Satz 2 SGB V wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner zu informieren und die Verträge sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu veröffentlichen.“

#### **Artikel 1 Nr. 10 e) § 127 Absatz 5a SGB V RefE-HHVG**

Zu begrüßen ist, dass die Krankenkassen nach Satz 6 dieser Vorschrift vertraglich sicherstellen müssen, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten angemessen geahndet werden. In schwerwiegenden Fällen sollte den Krankenkassen außerdem ein sofortiges Kündigungsrecht eingeräumt werden, um vertragsbrüchige Leistungserbringer zügig von der Versorgung auszuschließen. Der bvkm schlägt deshalb vor, § 127 Absatz 5a Satz 6 SGB V wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten angemessen geahndet werden und den Krankenkassen in schwerwiegenden Fällen das Recht zur sofortigen Kündigung zusteht.“

## **Artikel 1 Nr. 10 e) § 127 Absatz 5b SGB V RefE-HHVG**

Der bvkm begrüßt, dass der neue Absatz 5b Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes vorsieht, die für eine kontinuierliche, möglichst einheitliche Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen durch die Krankenkassen sorgen sollen. So sieht Absatz 5b in der beispielhaften Aufzählung unter anderem vor, dass in den Rahmenempfehlungen der Umfang der Stichprobenprüfungen in den verschiedenen Produktgruppen bestimmt wird und Kriterien für die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen festgelegt werden. In den Rahmenempfehlungen können auch weitere Überwachungsinstrumente wie Versicherungsbefragungen oder ein Beschwerdemanagement vorgesehen werden.

Für sinnvoll erachtet es der bvkm in diesem Zusammenhang, bei jeder Krankenkasse einen zentralen Ansprechpartner zu benennen, der sich speziell mit der Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung auskennt und bei auftretenden Problemen weiterhilft. Nach Einschätzung des bvkm könnten mit Hilfe eines solchen „Behindertenbeauftragten bei der Krankenkasse“ Versorgungsprobleme einzelner Kassen schneller identifiziert und behoben werden.

Düsseldorf, 13. Juli 2016