

Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung beschlossen

Der Deutsche Bundestag hat abschließend das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) in 2./3. Lesung beraten. Die Regelungen des HHVG sollen ganz überwiegend im März 2017 in Kraft treten.



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: *„In einer älter werdenden Gesellschaft wird die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln immer wichtiger. Versicherte müssen die richtigen Hilfen erhalten, um ihren Alltag trotz Einschränkungen möglichst selbstbestimmt bewältigen zu können – dazu zählen etwa Inkontinenzhilfen und Prothesen, Rollstühle und Hörgeräte. Deshalb sorgen wir für eine gute und zeitgemäße Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und stellen die Weichen für die Weiterentwicklung dieser wichtigen Leistungsbereiche. Mit dem Gesetz unterstreichen wir die hohe Bedeutung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen für die Patientenversorgung und schaffen den gesetzlichen Rahmen für eine angemessene Vergütung ihrer Leistungen. Zudem richten wir die Hilfsmittelversorgung stärker an Qualitätszielen aus und verbessern die Rechte der Patientinnen und Patienten auf Beratung und Information. Darüber hinaus schieben wir der Einflussnahme auf Arzt-Diagnosen, mit dem Ziel mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, einen Riegel vor.“*

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann: *„Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz machen wir die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu einem Auswahlkriterium bei der Entscheidung des Versicherten über die zu ihm am besten passende Krankenkasse. Wir sorgen dafür, dass bei Hilfsmittelausschreibungen der Krankenkassen künftig nicht mehr vorrangig der Preis, sondern vor allem Qualitätskriterien eine zentrale Rolle spielen müssen. Außerdem wird dem Geschäftsmodell ungerechtfertigter Aufzahlungen ein Riegel vorgeschoben. Versicherte können demnächst immer zwischen verschiedenen aufzahlungsfreien Hilfsmitteln wählen, welche qualitativ und quantitativ dem aktuellen Stand der Medizin entsprechen. Sie erhalten die ihnen zustehende Versorgung, ohne dafür aus eigener Tasche aufzahlen zu müssen. Mit dem Gesetz ermöglichen wir darüber hinaus bessere Löhne für Physiotherapeuten und andere Heilmittelerbringer und werten diese wichtigen Berufe auf.“*

Die wichtigsten Regelungen des HHVG sind:

- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wird verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 das Hilfsmittelverzeichnis grundlegend zu aktualisieren. Es enthält über 29.000 Produkte in 33 Produktgruppen. Zudem wird der GKV-Spitzenverband dazu verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2017 eine Verfahrensordnung zu beschließen, mit der die Aktualität des Verzeichnisses auch künftig gewährleistet wird.
- Bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich müssen die Krankenkassen künftig bei ihren Vergabeentscheidungen neben dem Preis auch qualitative Anforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Dienstleistungen berücksichtigen, die über die Mindestanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses hinausgehen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, auch bei Hilfsmittelversorgungen, die im Wege der Ausschreibung zustande gekommen sind, ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen aufzahlungsfreien Hilfsmitteln einzuräumen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass für Hilfsmittel mit hohem individuellen Anpassungsbedarf keine Ausschreibungen vorgenommen werden.
- Künftig müssen die Krankenkassen die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der Leistungserbringer mit Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen kontrollieren. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen zur Vertragskontrolle abzugeben.
- Leistungserbringer müssen Versicherte künftig beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen innerhalb des Sachleistungssystems für sie geeignet sind und somit von den Krankenkassen als Regelleistung bezahlt werden. Darüber hinaus werden die Leistungserbringer verpflichtet, im Rahmen der Abrechnung mit den Krankenkassen auch die Höhe der mit den Versicherten vereinbarten Mehrkosten anzugeben. Damit wird Transparenz über die Verbreitung und Höhe von Aufzahlungen geschaffen.
- Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, erstmals bis zum 30. Juni 2018 und danach jährlich einen nach Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses differenzierten Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen zu veröffentlichen.
- Auch die Krankenkassen werden zu einer verbesserten Beratung der Versicherten über ihre Rechte bei der Hilfsmittelversorgung verpflichtet. Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, für die zuvor eine Genehmigung einzuholen ist, müssen die Krankenkassen künftig über ihre Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Verträge informieren. Die Krankenkassen werden zudem verpflichtet, über die von ihnen abgeschlossenen Verträge im Internet zu informieren. Damit können Versicherte die Hilfsmittelangebote verschiedener Krankenkassen vergleichen.
- Die Ausnahmeregelung für einen Leistungsanspruch auf Brillengläser wird erweitert: Künftig erhalten auch die Versicherten, die wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit Gläser mit einer Brechkraft von mindestens 6 Dioptrien oder wegen einer Hornhautverkrümmung von mindestens 4 Dioptrien benötigen, einen Anspruch auf Kostenübernahme in Höhe des vom GKV-Spitzenverband festgelegten Festbetrags bzw. des von ihrer Krankenkasse vereinbarten Vertragspreises. Nach derzeitiger Rechtslage werden die Kosten für Brillengläser nur für Kinder und Jugendliche übernommen. Volljährige Versicherte haben nur dann einen Leistungsanspruch, wenn sie auf beiden Augen eine extreme Sehschwäche aufweisen und ihre Sehleistung auf dem besseren Auge bei bestmöglicher Korrektur höchstens 30 Prozent erreicht.
- Die Aufnahme innovativer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis wird neu geregelt, um Hilfsmittel, die unmittelbar in das Verzeichnis aufgenommen werden können, besser von solchen Produkten abgrenzen zu können, die zuvor eine Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchlaufen müssen: Hält der GKV-Spitzenverband eine Klärung für

erforderlich, ob das Produkt Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist und damit eine Nutzenbewertung des **G-BA** erfolgen muss, hat der **G-BA** dem **GKV**-Spitzenverband innerhalb von 6 Monaten eine entsprechende Auskunft zu erteilen. Stellt sich bei der Prüfung durch den **G-BA** heraus, dass das Produkt untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist, leitet der **G-BA** unmittelbar das Bewertungsverfahren ein.

- Um die wachsenden Anforderungen an die Heilmittelerbringer berücksichtigen zu können und die Attraktivität der Therapieerbringer (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie) weiter zu steigern, können die Krankenkassen und die Verbände der Heilmittelerbringer in den Jahren 2017 bis 2019 auch Vergütungsvereinbarungen oberhalb der Veränderungsrate (Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung) abschließen. Um die Auswirkungen überprüfen zu können, ist die Regelung auf drei Jahre befristet. Gleichzeitig werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen auch den angestellten Therapeuten zugutekommen.
- Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit den Verbänden der Heilmittelerbringer Verträge über Modellvorhaben zur sogenannten „Blankoverordnung“ von Heilmitteln abzuschließen. Bei dieser Versorgungsform erfolgt die Verordnung eines Heilmittels weiterhin durch den Arzt, der Heilmittelerbringer bestimmt aber die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten. Damit werden die Heilmittelerbringer stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden. Zwei Modellvorhaben zur Blankoverordnung haben in den letzten Jahren bereits stattgefunden. Um zu entscheiden, ob diese Versorgungsform für eine Überführung in die Regelversorgung geeignet ist, ist aber eine breitere Informationsgrundlage notwendig. Deshalb soll in jedem Bundesland ein Modellvorhaben durchgeführt werden.
- Das Präqualifizierungsverfahren, in dem Apotheken, Sanitätshäuser, orthopädietechnische Betriebe und andere Anbieter von Hilfsmitteln ihre grundsätzliche Eignung für Vertragsabschlüsse mit den Krankenkassen nachweisen können, wird weiterentwickelt. Die Begutachtung, Akkreditierung und Überwachung der derzeit bundesweit rund 30 Präqualifizierungsstellen erfolgt künftig durch die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS). Ihre Gesellschafter sind zu jeweils einem Drittel die Bundesrepublik Deutschland, die Bundesländer (Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen) und die durch den Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (BDI) vertretene Wirtschaft.

Darüber hinaus enthält das Gesetz verschiedene Maßnahmen in anderen Bereichen der **GKV**. Dazu gehören:

- Mit verschiedenen Regelungen wird die Beeinflussung von Diagnosen, die für den Risikostrukturausgleich relevant sind, unterbunden. Dazu wird der Bestandsschutz bei Betreuungsstrukturverträgen eingeschränkt sowie zusätzliche Vergütung für Diagnosen in Gesamt- und Selektivverträgen, nachträgliche Diagnoseübermittlung im Rahmen von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen sowie Kodierberatung durch die Krankenkassen verboten. Außerdem erhält das Bundesversicherungsamt bei der Durchführung des Risikostrukturausgleichs verbesserte Prüfungsmöglichkeiten.
- Es wird eine Versorgungslücke beim Krankengeld zwischen dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses und dem Bezug von Arbeitslosengeld geschlossen. Mit dem Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht wird erreicht, dass künftig grundsätzlich bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht und darüber ein Krankengeldanspruch hergeleitet werden kann.
- Für freiwillig versicherte Selbstständige wird ein neues Beitragsverfahrenssystem etabliert,

das mit möglichst geringem Bürokratieaufwand verbunden ist: Die Beitragsbemessung erfolgt in Bezug auf das Arbeitseinkommen und gegebenenfalls anderer ebenfalls starken Schwankungen unterworfenen beitragspflichtigen Einnahmen zunächst vorläufig aufgrund des zuletzt erlassenen Einkommenssteuerbescheids. Nach Vorlage des Einkommenssteuerbescheids für das Kalenderjahr, für das die Beiträge zu zahlen sind, wird der endgültige Beitrag für dieses Kalenderjahr rückwirkend entsprechend der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt.

- Eine Benachteiligung von Kinder erziehenden Ehegatten und Lebenspartnern bei der Berücksichtigung von Vorversicherungszeiten für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird beseitigt. Zukünftig können unabhängig von der Krankenversicherung des Ehe- und Lebenspartners jeweils pauschal drei Jahre pro Kind auf die Vorversicherungszeit für die KVdR angerechnet werden. Damit wird der Zugang zur KVdR für die Ehegatten und Lebenspartner verbessert, die in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens die Erwerbstätigkeit wegen der Betreuung von Kindern unterbrochen haben und in dieser Zeit nicht gesetzlich krankenversichert waren. Sie erfüllen teilweise nicht die geforderte Vorversicherungszeit für eine in der Regel günstigere Pflichtmitgliedschaft in der KVdR (sogenannte 9/10 Regelung).
- Privat krankenversicherte selbstständige Frauen werden während der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz finanziell besser abgesichert. Durch Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes haben selbstständige Frauen, die eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, während der Mutterschutzfristen einen Anspruch auf Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes. Dann können Schwangere und Wöchnerinnen unabhängig von finanziellen Erwägungen entscheiden, ob und in welchem Ausmaß sie in dieser Zeit beruflich tätig sein wollen.
- Um auch in Zukunft eine flächendeckende Notarztversorgung sicherstellen zu können, soll die zusätzliche Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt durch eine Befreiung von Sozialversicherungsbeiträgen flexibler möglich werden. Die Regelung sieht daher vor, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre notärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst neben einer Beschäftigung mit einem Mindestumfang von 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes ausüben oder als Ärztinnen und Ärzte niedergelassen sind, von den Beiträgen zur Sozialversicherung für diese zusätzliche Tätigkeit befreit sind.

Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>