

Stellungnahme zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

1. Genehmigungsfiktion von Hilfsmittelverordnungen bei sozialpädiatrischen Zentren

Wir begrüßen grundsätzlich die Regelung und die dahinterstehende Intention, den Versorgungsprozess zu beschleunigen. Es besteht hier allerdings die Gelegenheit, diesen Gedanken konsequenterweise auch auf andere Fallgestaltungen anzuwenden. So etwa auf Versicherte mit chronischen Erkrankungen oder Versorgungen, die wirtschaftlich unter einem zu bestimmenden Schwellenwert bleiben. Sogenannte Genehmigungsfreigrenzen sind bereits heute Teil zahlreicher Verträge gem. § 127 SGB V. Allerdings unterscheiden diese sich maßgeblich voneinander. Die Kostenträger verfolgen hier keine einheitliche Linie. So kommt es auch hier, wie in so vielen anderen Regelungsbereichen zu einem Flickenteppich an verschiedenen Vertragsinhalten. Eine gesetzliche Regelung könnte hier Abhilfe schaffen.

2. TI-Anbindung sämtlicher Hilfsmittelleistungserbringer

Die Hilfsmittelleistungserbringer sollen spätestens zum Jahr 2027 ebenfalls elektronische Verordnungen über Hilfsmittel empfangen und einlösen können. Dazu ist eine lückenlose Anbindung aller Betriebe an die Telematik-Infrastruktur erforderlich. Während für die handwerklich geprägten orthopädietechnischen Werkstätten bereits eine Regelung besteht, die die Zuständigkeit der Organisation der Anbindung der jeweiligen Handwerkskammer zuweist (§ 340 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), ist bisher nicht festgesetzt, wie die Anbindung der reinen Sanitätshäuser erfolgen soll. Diese sind gerade nicht Mitglieder einer Handwerkskammer. Dennoch muss auch ihre Eignung zur Teilnahme an der TI geprüft und die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden. Hierfür eignet sich die sog. „Präqualifizierungsdatenbank“, die der GKV-Spitzenverband führt. Die Stellen gemäß § 340 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sollten daher die Befugnis erhalten, auf diese Datenbank zurückzugreifen, um die Eignung der nicht handwerklich verkammerten Betriebe zu prüfen. Eine solche Befugnisnorm könnte wie folgt formuliert werden:

§ 340 Abs. 2a (neu):

Im Falle von Personen, deren Versorgungsberechtigung sich aus § 126 Abs. 1a SGB V ergibt und deren Bestätigung sich nicht über Abs. 2 herleiten lässt, können die Stellen gem. Abs. 1 Nr. 1 zur Bestätigung der vorhandenen fachlichen Eignung nach Abs. 1 Nr. 2 auf die Präqualifizierungsdatenbank des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 126 Abs. 1a S. 9 zugreifen.

3. Einheitliche Plattform für elektronische Kostenvoranschläge

Obgleich Hilfsmittel noch nicht auf Grundlage einer elektronischen Verordnung abgegeben werden können, erfolgt die Erstellung von Kostenvoranschlägen bereits seit einigen Jahren als elektronische Kostenvoranschläge (eKV). Hierzu haben inzwischen zahlreiche Kostenträger eigene proprietäre Plattformen geschaffen, die sowohl bei der Erstellung als auch bei der Administration und dem fortlaufenden Betrieb

...

enorm kostenintensiv sind. Abermals wirkt sich die starke Fragmentierung der Kostenträger nachteilig aus. Synergien werden nicht genutzt. Jede Kasse erfindet das sprichwörtliche Rad neu.

Dies läuft der Festsetzung aus dem Schiedsverfahren gem. § 127 Abs. 9 SGB V entgegen. Darin waren der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene beauftragt, gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln abzugeben. Das Verfahren endete mit einem Schiedsspruch, der zum 01.02.2020 in Kraft getreten ist. Dieser bestimmt unter anderem in § 4, dass Krankenkassen maximal drei Jahre nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen eine „offene Schnittstelle für die Abwicklung eines elektronischen Kostenvoranschlages“ vorzusehen haben. Die aktuell bestehenden Schnittstellen sind keineswegs offen in dem Sinne, als dass sie auch vom teilnehmenden Leistungserbringer ein Entgelt für die Nutzung fordern. Auch erfüllen sie den Sinn und Zweck der Vereinheitlichung nicht, da weiterhin zahlreiche verschiedene Plattformen von den Leistungserbringern zu nutzen und damit zu zahlen sind. Hier wäre eine gesetzliche Klarstellung wünschenswert. Eine wirklich offene und für alle Kostenträger verbindlich zu nutzende Plattform für diese Zwecke wäre in der Lage, nachhaltig zum Bürokratieabbau beizutragen und einer weitergehenden Zersplitterung der genutzten Technologien entgegenzuwirken.

4. Inkassorisiko bei gesetzlicher Zuzahlung

Der Arzneimittelbereich und der Hilfsmittelbereich werden an zahlreichen Stellen der rechtlichen Rahmenbedingungen unterschiedlich behandelt, ohne dass es hierfür einen sachlichen Grund gäbe. So auch bezüglich der Geltendmachung der gesetzlichen Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 SGB V. Während grundsätzlich in § 43c Abs. 1 SGB V geregelt ist, dass im Fall der Nichtzahlung durch den Versicherten die Zahlung durch den Kostenträger einzuziehen ist, ist die Anwendbarkeit dieser Vorschrift ohne Not in § 33 Abs. 8 Satz 2 2. HS SGB V ausgenommen. Damit gilt für Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich diesbezüglich eine gänzlich andere Regelung als für alle anderen Leistungserbringer. Das hat zur Folge, dass die gesetzliche Zuzahlung ultimativ vom Leistungserbringer geltend zu machen ist, obgleich er natürlich nicht Adressat der Zahlung ist. Er ist damit der kostenlose Inkassodienst der Krankenkassen und bleibt bei renitenter Nichtzahlung des Versicherten auf dem Ausfall sitzen. Die Ausnahme in § 33 Abs. 8 SGB V sollte daher gestrichen werden.

5. Digitale Unterschriften verbindlich anerkennen

Die Digitalisierung soll im Gesundheitswesen mit viel Schwung umgesetzt werden. Dass es hierbei zu zahlreichen Schwierigkeiten kommt, ist hinlänglich bekannt. Dazu tragen auch einige Rechtsunsicherheiten bei, die in den umfangreichen Rahmenbedingungen gesetzlich festgelegt sind. So etwa im Fall der erforderlichen Unterschriften des Versicherten anlässlich der Beratungsdokumentation oder der Quittierung des Erhalts der Leistung. Hier heißt es in den gesetzlichen Grundlagen lediglich:

„Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln.“

...

Hieraus lesen einige Verhandlungsteilnehmer, dass in den Verträgen sowohl die Schriftform (auf Papier) als auch die elektronische Form vereinbart werden kann. Andere lesen heraus, dass die Krankenkasse auf der Schriftform bestehen kann. Die Öffnungsklausel ist ein hervorragendes Beispiel für die völlig ungleichen Rahmenbedingungen, die dem Mitarbeitenden im Sanitätshaus das Leben schwer machen, die unterschiedliche vertragliche Regelungen statt einer einheitlichen gesetzlichen Vorgabe bedeuten. Dies hatten wir auch in unserem gemeinsamen Gespräch betont und herausgearbeitet.

6. Verschlankung der Dokumentationspflichten

Insgesamt ist die Pflicht zur Dokumentation der Beratung ein Instrument, das in der Praxis zum einen sein Ziel nicht erreicht und gleichzeitig zu einer enormen administrativen Belastung führt. Auch hier besteht eine Öffnungsklausel, die den Vertragsparteien erlaubt, das Nähere in den Verträgen gem. § 127 SGB V zu regeln. Und auch hier besteht zwischen den Kassen Uneinigkeit darüber, ob dies bedeutet, von dem Erfordernis komplett abweichen zu können oder lediglich die Ausgestaltung konkretisieren zu können. Hinzu kommt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Hilfsmittelverzeichnis seine eigenen Anforderungen an die Beratungsdokumentation aufstellt. Daher wäre auch hier eine klare gesetzliche Anordnung, statt der gut gemeinten aber Rechtsunsicherheit stiftenden Öffnungsklausel wünschenswert. Der Umstand, dass auch ein großer Teil der Kostenträger und deren Zusammenschlüsse in einem aktuellen Vertragswerk umfangreich auf die Beratungsdokumentation verzichtet haben, zeigt, dass man auch seitens der Kostenträger bereit ist, den Versorgungsablauf stromlinienförmiger zu gestalten und nicht um jeden Preis an einem umfangreichen Unterschriftenwerk festzuhalten.

Dortmund, 30. Juli 2024

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik

Ansprechpartnerin: Kirsten Abel, Sprecherin des Präsidiums
Telefon: +49 231 557050-27
E-Mail: kirsten.abel@biv-ot.org