

# BVMed-Stellungnahme

## Zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung BT.-Drs. 16/9559

Das GKV-OrgWG haben die Regierungsfraktionen zum Anlass genommen, Änderungsanträge für den Hilfsmittelbereich in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Der Bundesverband Medizintechnologie nimmt ausschließlich zu den für den Hilfsmittelbereich geplanten Vorschriften Stellung.

Die geplanten Regelungen sind folgende:

- :: Einführung eines abschließenden Präqualifizierungsverfahrens im Wege der Vertragslösung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer
- :: Umwandlung der Soll-Vorschrift in eine Kann-Vorschrift bei der Durchführung von Ausschreibungen nach § 127 Absatz 2 SGB V
- :: Definition der Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer
- :: Einführung eines Beitrittsrechtes zu Verträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V für alle qualifizierten Leistungserbringer
- :: Verpflichtung der Krankenkassen, die Leistungserbringer über abgeschlossene Verträge nach § 127 Absatz 2 SGB V zu informieren

Positiv zu bewerten ist, dass sich der Gesetzgeber zum zweiten Mal nach den DRGs, eine gesetzesystematische Entscheidung im Sinne eines lernenden Systems geschaffen hat. Die Interessensverbände der Leistungserbringer auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband vereinbaren zukünftig gemeinsam die Ausgestaltung der Bedingungen für einen funktionierenden Wettbewerb im Hilfsmittelbereich.

### Beitrittsrecht

Ein zentraler und absolut notwendiger Punkt ist insbesondere die Regelung eines Beitrittsrechtes in Kombination mit der Informationspflicht. Es schafft Klarheit und Rechtssicherheit. Wir unterstützen ausdrücklich, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, auf Nachfrage den Leistungserbringern über Inhalte abgeschlossener Verträge Auskunft zu geben und somit die Vergleichbarkeit in der Leistungserbringung zu ermöglichen. Die Informationspflicht der Krankenkassen an die Leistungserbringer ist die Grundvoraussetzung dafür, dass ein Beitrittsrecht zu Verträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V ausgeübt werden kann.

Ebenso wird das Beitrittsrecht zu bestehenden Verträgen gewertet, das eine flächendeckende Versorgung sichert. Die Klarstellung, dass auch bei Verträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung und andere erforderliche Dienstleistungen einschließlich der wohnortnahen Versorgung zu gewährleisten ist, verbessert die Situation für die Versicherten und trägt dazu bei, ein gewisses Versorgungsniveau zu sichern.

Nur so können langfristig faire Teilnahmebedingungen für Leistungserbringer geschaffen, das Patientenwahlrecht und die wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden.

Die Exklusivität von Ausschreibungen bleibt erhalten, da hier das Beitrittsrecht nicht vorgesehen ist.

Wir regen an, in der praktischen Umsetzung des Beitrittsrechtes dafür Sorge zu tragen, dass dem ab 1.1.2009 geltenden Informations- und Beitrittsrecht in kurzer Frist Rechnung getragen werden kann und es für Leistungserbringer zu keinen langen Verzögerungen kommt.

## **Präqualifizierungsverfahren**

Die Einführung eines Präqualifizierungsverfahrens vermeidet redundante Prüfungen und dämmt den bürokratischen Aufwand ein. Daher sollte Kernpunkt sein, dass die überprüften Aspekte mit einem Zertifikat als belegt gelten und diese Belege nicht erneut von den Krankenkassen angefordert werden dürfen.

Dies ist aus unserer Sicht durch die Erläuterungen in der Gesetzesbegründung klargestellt. Auch die offene Regelung, dass das Präqualifizierungsverfahren in Zusammenarbeit zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer erarbeitet und zur Umsetzung gebracht wird, halten wir für sinnvoll. Wir sind zuversichtlich, dass im konstruktiven Dialog zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Präqualifizierungsverfahren etabliert werden kann, welches hinsichtlich der generellen Eignung der Leistungserbringer bundeseinheitliche Voraussetzungen schafft und somit die Administrationsaufgaben für Vertragsverhandlungen und Ausschreibungen begrenzt.

## **Ausschreibung**

Die Änderung der Ausschreibungspflicht in eine „Kann-Regelung“ erachten wir ebenfalls als sinnvoll. Durch diese Formulierung erhalten Krankenkassen Handlungssicherheit, Hilfsmittelverträge auf dem Wege der Vertragsverhandlung abschließen zu können.

Gleichzeitig wird positiv bewertet, dass der Gesetzgeber durch eine gemeinsame Empfehlung zur Nicht-Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen mehr Transparenz und Rechtssicherheit schaffen möchte. Die Regelung, auch die Leistungserbringer über ihre Verbände einzubeziehen ist unseres Erachtens notwendig, damit eine Vielzahl von Faktoren in die Entscheidung mit einfließt.

Um ein umfassendes Bild der Versorgung in der Praxis zu erhalten und alle Beteiligten zu berücksichtigen, ist es aus unserer Sicht sinnvoll die betroffenen Patientenorganisationen in das Verfahren mit einzubeziehen .

Des Weiteren sollte sichergestellt werden, dass ein faires Schiedsverfahren etabliert wird.

## **Abgabe von Hilfsmitteln in Arztpraxen**

Der neu eingefügte § 128 SGB V enthält eine Klarstellung für schon heute geltende Regelungen in der Beziehung zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Ärzten.

## **Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechtes**

Ebenfalls befürworten wir, dass bei Verträgen nach § 127 SGB V die Zuständigkeit der Vergabekammern für Nachprüfungsverfahren geregelt wird.

Positiv ist auch zu werten, dass bei der Anwendung von vergaberechtlichen Vorschriften deutlich auf Praktikabilität einer Vielzahl von Einzelverträgen verwiesen wird und mit dem gesetzlichen Verweis auf § 97 GWB auch die Gebote der Gleichbehandlung, Berücksichtigung mittelständischer Interessen und der Betonung der Wirtschaftlichkeit im Gegensatz zum preisgünstigsten Angebot Einzug in die Vertragsgestaltung der Krankenkassen finden soll.

Generell ist uns daran gelegen, klare rechtliche Rahmenbedingungen per Gesetz geregelt zu haben, um unnötige Auseinandersetzungen aufgrund unterschiedlicher Auffassungen zu vermeiden.

Es ist jedoch festzuhalten, dass es sich bei Ausschreibungen um das wettbewerbsintensivste Instrument handelt, welches eines besonderen Rechtsschutzes und einer schnellen Entscheidungsinstanz bedarf. Deshalb sollte die Einhaltung dieser Wettbewerbsregelungen durch den üblicherweise für dieses Wettbewerbsinstrument zuständigen Rechtsweg überprüft werden – den Oberlandesgerichten. Nur diese Gerichte mit ihren Vergabesenaten besitzen die Fachkompetenz über die Details, die Auswirkungen und die Anwendbarkeiten.

Unstrittig gilt auch bei Zuweisung des Rechtsweges zu den Oberlandesgerichten, dass die Besonderheiten des Gesundheitswesens und die Regelungen des Sozialgesetzbuches zu berücksichtigen und anzuwenden sind.

Generell haben unsere bisherigen Erfahrungen zur Klärung offener Rechtsfragen zwischen sonstigen Leistungserbringern und Krankenkassen gezeigt, dass insbesondere die Sozialgerichte nicht in einer angemessenen Zeit entscheiden und allein Eilverfahren erst nach Jahren erstinstanzlich entschieden werden. Da bei Ausschreibungen Unklarheiten einer schnellen Klärung bedürfen, erachten wir eine Klärung durch die Oberlandesgerichte unter Berücksichtigung der Besonderheiten des SGB V für angebracht. Wir bitten Sie, eine entsprechende Regelung zu prüfen.

Wir halten es deshalb für sinnvoll, die Einfügung in § 116 Abs. 3 Satz 1 GWB zu streichen. Zur Klarstellung der bislang divergierenden Rechtsprechung zur Rechtswegfrage regen wir an, den Gesetzeswortlaut in § 69 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz wie folgt zu ändern:

*"die §§ 97 bis 124 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden".*

## **Neuregelung enterale Ernährung**

Wir befürworten die Neuregelung in § 33a SGB V. Diese sichert den Erstattungsanspruch der Versicherten auf enterale Ernährung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist die Versorgung derjenigen Patienten, die auf enterale Ernährung angewiesen sind gesichert. Die genaue Ausgestaltung des Anspruchs bleibt nach wie vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorbehalten.

Hier gilt es darauf zu achten, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen, die sich in der Ersatzvornahme zur Regelung der Arzneimittelrichtlinie wiederfinden, nicht unterlaufen werden. Diese Regelungen haben sich als sinnvoll für den Patienten und die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer herausgestellt.

Zu Gesprächen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Berlin, September 2008

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Schmitt', with a stylized flourish at the end.

Joachim M. Schmitt  
Geschäftsführer  
Mitglied des Vorstands