

Positionspapier

Hilfsmittelversorgung heute: BVMed sieht Nachjustierungsbedarf nach den Reformen der vergangenen Jahre

26. September 2023

Fokus setzen auf Versorgungsqualität - Bürokratieabbau - Digitalisierung Ausschreibungen sind keine Option

Der Gesetzgeber hat mit den Hilfsmittel-Reformen der vergangenen Jahre das Ziel verfolgt, die Qualität der Hilfsmittelversorgung zu stärken. Zentrale Anpassungen waren hier das Ausschreibungsverbot und die Einführung eines Schiedsverfahrens, zusätzlich zu den bestehenden Beitritts- und Offenlegungsrechten der Leistungserbringer zu geschlossenen Hilfsmittelverträgen. Zur Stärkung der Patienten in ihren Rechten, so bei der Auswahl des Leistungserbringers oder der Versorgung, hat er deren Informationsrechte gestärkt, im Gegenzug spiegelbildlich die Aufklärungs- und Informationspflichten der Kostenträger wie auch Leistungserbringer ausgebaut (bspw. hinsichtlich der Veröffentlichung „wesentlicher Vertragsinhalte“ oder der Information über Versorgungsansprüche im Zusammenhang mit Versorgungen mit Mehrkosten). Ein Vertragscontrolling sollte die Umsetzung der definierten Qualitätserfordernisse – durch Leistungserbringer bzw. Kostenträger – überprüfen.

- Schon damals und auch heute bewertet der BVMed das Ausschreibungsverbot als richtige Maßnahme, die für die Patienten Versorgungssicherheit und Qualität in der Hilfsmittelversorgung generiert. Unabhängig davon zeigen sich in der derzeitigen Systematik des § 127 SGB V Anpassungsbedarfe, die insbesondere die Umsetzung des Schiedsverfahrens und die Transparenz- und Informationspflichten umfassen.
- Sowohl seitens der Krankenkassen als auch seitens der Hilfsmittelleistungserbringer besteht der große Bedarf zum Abbau der immensen bürokratischen Aufwände, die durch kassen- bzw. vertragsspezifische Einzelregelungen resultieren. Auch die *Rahmenempfehlungen zur Verwaltungsvereinfachung* konnten ihr Ziel der Vereinheitlichung nicht erreichen. Zur Reduktion dieser Aufwände und im Sinne der effizienten Nutzung der beidseits zur Verfügung stehenden Ressourcen halten wir die Harmonisierung sowie die Vereinfachung administrativer Vorgänge - auch unter Zuhilfenahme digitaler Mittel – für erforderlich. Hier erscheint uns ein gemeinsamer Rahmenvertrag über die administrativen Prozesse in der Hilfsmittelversorgung als geeignetes Mittel.

- Des Weiteren sehen wir Handlungsbedarf zur **Stärkung von Qualität und Zugang zur Hilfsmittelversorgung**. Die Praxis zeigt, dass der Hilfsmittelbegriff rechtssicher dahingehend erweitert werden muss, dass hierunter auch die Hilfsmittel fallen, die unter Einbindung der Pflege die ambulante Versorgung ermöglichen. Andernfalls sehen wir die Bestrebungen zur Ambulantisierung sowie (zur) die **Stärkung der Pflege gefährdet**. Zudem braucht es eine explizite Klarstellung, dass die **besonderen Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Behinderungen** sowie deren Teilhabeanspruch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zu berücksichtigen sind.

Die Forderungen des BVMed in 10 Punkten im Detail:

1.

Eindämmung der administrativen Aufwände durch Schaffung eines Rahmenvertrags | Verwaltung

Allen politischen Bestrebungen zum Trotz ist die Vertragslandschaft der Hilfsmittelversorgung auch in den administrativen Belangen weiterhin sehr divers. Die Diversität erstreckt sich dabei u.a. auf Vorgänge wie die Abwicklung von Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren, den Umgang mit Verordnungen, Folge- und Dauerversorgungen oder Versicherteninformationen zu Aufzahlungen sowie die Umsetzung von Dokumentations- und Informationspflichten. Dies führt zu Komplikationen im jeweiligen Einzelvorgang, in der Gesamtheit entsprechend zu einem massiven administrativen Aufwand auf Seiten aller Beteiligten, der mit Harmonisierung der Prozesse vermeidbar wäre.

Um die Optimierungspotentiale zu erschließen und effizient mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen umzugehen, halten wir die **Einführung einer Systematik für essenziell**, mit der administrative Vorgänge und Vorgaben in einem Rahmenvertrag verbindlich und einheitlich definiert sind – und Grundlage für die individuell verhandelten Versorgungsverträge sind, in denen dann krankenkassenspezifisch Versorgungsinhalte und Erstattungspreise geregelt werden.

2.

Sicherstellung der Bestrebungen zur Ambulantisierung durch Klarstellung des Hilfsmittelbegriffs

Die gesetzliche Definition des Hilfsmittelbegriffs lässt weitgehend offen, für welche Versorgungsformen und bei welchen Anwendungen und Anwendenden die Eigenschaft als Hilfsmittel gegeben ist. Gleichwohl gibt es seitens des GKV-Spitzenverbandes eine sehr enge Auslegung, ohne dass dies unseres Erachtens vom Gesetzestext gedeckt oder seitens der Rechtsprechung zwingend wäre. Dies hat unmittelbare Konsequenzen, welche Medizinprodukte im Rahmen der ambulanten Versorgung verwendet und durch Hilfsmittelerbringer abgegeben werden können.

Dadurch wird die Ambulantisierung von Leistungen, wie bspw. die onkologische, Schmerz-, Wund- oder Beatmungstherapie, erschwert. Um die notwendigen Grundlagen zu schaffen für die Ambulantisierung von Leistungen – gleichsam um eine Rückkehr dieser und weiterer Therapien in Klinik oder Arztpraxis zu verhindern – ist eine entsprechende Klarstellung des Hilfsmittelbegriffs notwendig. Konkret fordern wir, dass Medizinprodukten nicht schon deshalb die Hilfsmittelleigenschaft abgesprochen wird, weil ihre Anwendung in der Häuslichkeit durch Pflegekräfte erfolgt oder im Vorfeld der Anwendung eine medizinische Maßnahme zur Schaffung einer Körperöffnung erforderlich ist.

3.

Stärkung des Schiedsverfahrens durch Konkretisierung des Handlungsauftrags

Schiedsverfahren im Hilfsmittelvertragswesen haben sich bereits in den ersten Jahren nach Einführung als sinnvolles Instrument zur Stärkung der Versorgungssicherheit und Versorgungskontinuität erwiesen - in einem Bereich, der durchaus geprägt ist von Herausforderungen mit entsprechendem Einigungsbedarf bei der Preis- und Versorgungsgestaltung. Im Verlauf der letzten Jahre zeigten sich jedoch auch Regelungslücken und unbestimmte Rechtsbegriffe, die dazu geführt haben, dass Verfahren nur partiell inhaltliche Ergebnisse hervorbringen oder mit großen Verzögerungen initiiert und/oder abgeschlossen werden können. Somit besteht Bedarf zur Konkretisierung von Fristen, Abläufen, Inhalten und Zuständigkeiten sowie zur Klärung unbestimmter Rechtsbegriffe (bspw. Marktüblichkeit, Kalkulationsgrundlage).

Auch die Installation einer Schiedsstelle kann die Effektivität und Qualität von Schiedsverfahren stärken – so wie sich das bereits im Bereich der Heil-, Arzneimittel oder Pflege zeigte. Wir regen an, hierfür das gesetzliche Fundament zu legen.

4.

Stärkung der Versorgung durch explizite Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Behinderungen

Menschen mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Behinderungen haben oftmals besondere Bedürfnisse, bspw. in der Hilfsmittelversorgung. Diese individuellen Bedürfnisse müssen bei der Auswahl des geeigneten Hilfsmittels, aber auch bei den zugehörigen Leistungen wie Beratung, Einweisung oder Anpassung, berücksichtigt werden. Leider werden diese besonderen Versorgungsbedarfe jedoch noch nicht von allen Krankenkassen in ihren Verträgen adäquat abgebildet. Im Sinne einer patientenorientierten und bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung ist somit eine Verpflichtung zur Darstellung differenzierter Versorgungsbedürfnisse erforderlich, deren Mehraufwände sich entsprechend auch in differenzierten Vergütungen widerspiegeln müssen.

Eine Orientierung zur Abbildung graduierter Versorgungserfordernisse bieten bspw. die ärztliche Vergütung, die nach Alter und Aufwand differenziert, oder die sogenannte Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

5.

Sicherstellung der Versorgungsstrukturen durch koordinierten sektorenübergreifenden Einsatz vorhandener qualifizierter Pflegekräfte-Ressourcen

Trotz intensiver politischer Bemühungen sind insbesondere die pflegerischen Strukturen nach wie vor enormen Personalengpässen ausgesetzt. Ziel muss somit sein, dass die vorhandenen qualifizierten Ressourcen, auch außerhalb von Pflegediensten, in diese Pflegeprozesse eingebunden werden können. Entsprechend sind die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine Erbringung der notwendigen Leistungen durch qualifizierte Pflegefachkräfte nicht mehr an (heute) starren Strukturvorgaben scheitert. Dies erfordert bspw. Nachjustierungen in den entsprechenden Richtlinien sowie in den Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V. Diese stellen bislang darauf ab, dass die pflegerischen Leistungen allein durch Pflegedienste erbracht werden – was den hohen Versorgungsbedarfen nicht gerecht werden kann. Vor allem aber braucht es eine Offenheit dieser Versorgungsprozesse und die Maßgeblichkeit des Merkmals Qualifikation, anstelle Institution, für die Erbringung dieser Leistungen. Gleiches gilt auch für die weiteren aktuellen pflegebezogenen Versorgungsansätze (bspw. Gesundheitskiosk, Community Health Nurse). Eine flächendeckende Realisierung kann nur gelingen, wenn die Ansätze anstelle der Einführung neuer Berufsbilder oder der Fokussierung auf spezifische Institutionen, definierte Qualifikationen zugrunde liegen – und somit die Integration bestehender Fachexpert:innen sektorenübergreifend ermöglichen.

6.

Einführung einer Wertsicherungsklausel in Krankenkassenverträgen

Ein wesentlicher administrativer Aufwand entsteht immer dann, wenn Krankenkassen oder Leistungserbringer neue, komplexe Vertragsverhandlungen anstreben. Deshalb hat es sich in einigen Bereichen etabliert, langlebige Verträge zu vereinbaren und in diesem Zusammenhang eine Wertsicherungsklausel in den Verträgen zu vereinbaren, die unbürokratische Preisanpassungen auf dem Verhandlungsweg ermöglicht. Sie ist eine Basis für langlebige, faire Hilfsmittelverträge. Auch dadurch lassen sich administrative Prozesse verschlanken und dauerhafte Hilfsmittelverträge zur qualitätsgesicherten Patientenversorgung erreichen.

Wir regen an, dass über eine Anpassung des § 127 SGB V eine Wertsicherungsklausel für alle Preisvereinbarungen im Hilfsmittelbereich vertraglich vorzusehen ist. So können unbürokratisch auf dem Verhandlungsweg schnell notwendige Preisanpassungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer vereinbart werden.

7. Stärkung des Vertrags- und Verhandlungswesens durch Nachjustierung der Transparenzpflichten

Die Praxis zeigt, dass Informationen zu Vertrags- und Verhandlungsabsichten sowie zu Vertragsabschlüssen nicht in dem Maße transparent und zugänglich sind, wie notwendig und vom Gesetzgeber definiert. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Handlungsoptionen eines Hilfsmittelleistungserbringers aus. In einem System des zunehmenden Kostenwettbewerbs reduziert dieser Umstand abermals die Augenhöhe in der Verhandlungspartnerschaft, die durch die vorangegangenen Gesetzgebungsverfahren erst gestärkt werden sollte. Um die spürbaren Defizite zu beheben und die notwendige Transparenz für alle Beteiligten zu schaffen, halten wir die Stärkung der Transparenzpflichten – u.a. durch Einführung eines Vertragsregisters – für erforderlich.

8. Stärkung der Versorgung und der Rechte der Patienten durch Weiterentwicklung des Genehmigungsverfahrens

Jüngere Urteile des BSG (B 1 KR 9/18 R, B 3 KR 13/19 R) führen zu einer von der bisherigen Umsetzung abweichenden Auslegung zur Rechtswirkung einer Genehmigungsfiktion. Zum einen erwächst hieraus allein der Anspruch auf Kostenerstattung einer selbstverauslagten Versorgung, zum anderen wirkt dieser Rechtsanspruch allein vorläufig und kann durch Kostenträger mit Versorgungsentscheidung revidiert werden.

Diese Auslegung kann immense Auswirkungen auf die Genehmigung und Initiierung von Versorgung haben und hat in jedem Fall eine Ungleichbehandlung von Versicherten zur Folge. Um die geschilderten Schwierigkeiten aufzulösen, sind entsprechende Anpassungen in § 13 Abs. 3a SGB V und 18 SGB IX erforderlich.

9. Sicherstellung einer zeitgemäßen Versorgung mit Hilfsmitteln durch Konkretisierungen im Zugangsprozess ins Hilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittel ermöglichen Patienten die Sicherung einer Krankenbehandlung, den Ausgleich einer Behinderung bzw. die Abwehr einer drohenden Behinderung sowie die selbstständige Lebensführung. Sie sind zugleich Voraussetzung für den ambulanten Verbleib. Die derzeitige Verfahrensweise des hierfür maßgeblichen Hilfsmittelverzeichnisses ist jedoch nach wie vor ungeeignet, um einen zeitnahen Zugang zu Technologien gemäß aktuellem medizintechnischem Stand zu ermöglichen.

So kommt es mangels verbindlicher und transparenter Anforderungen an die mit dem Antrag einzureichenden Dokumente zum Nutznachweis zu Verzögerungen im Antragsverfahren. Verzögernd wirkt auch, dass die entsprechende Verfahrensordnung keine verbindlichen und transparenten Kriterien definiert, die für die Bewertung des Antrags im Kontext einer NUB durch den GKV-SV heranzuziehen sind. Zudem bemerken wir wiederholt strukturelle Schwierigkeiten bei der Zuordnung neuartiger Produkte in die Struktur des Hilfsmittelverzeichnisses. Dies betrifft insbesondere Produkte mit digitalen Komponenten.

Eine gesetzliche Nachjustierung des § 139 SGBV sowie der Auftrag an den GKV-Spitzenverband zur Präzisierung der Verfahrensordnung kann Verlässlichkeit, Verbindlichkeit und Transparenz der Verfahren stärken – und muss somit die Basis schaffen für den zeitnahen Zugang von Patienten zu Hilfsmitteln gemäß dem aktuellen medizinisch-technischen Stand.

10. Entbürokratisierung durch Streichung der Kostenerstattungsoption bei Pflegehilfsmitteln und stärkere Digitalisierung der Prozesse

Gemäß § 40 SGB XI haben Versicherte die Wahl, benötigte zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel entweder als Sachleistung oder in Form der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Etwa 10 % der Versicherten machen von der Kostenerstattungsoption Gebrauch. Dies führt bei den Pflegekassen zu erheblichen Prüfaufwänden. Der BVMed spricht sich daher für die Streichung der Kostenerstattungsoption aus. Eine pauschale, nicht zweckgebundene Auszahlung an alle Pflegebedürftigen wird wegen einer möglichen Belastung der Solidargemeinschaft hingegen nicht unterstützt. Bei einer solchen Vorgehensweise könnte nicht sichergestellt werden, dass die Gelder für die benötigten und anerkannten Pflegehilfsmittel ausgeben werden bzw. dass die bezogenen Produkte auch die erforderliche Versorgungsqualität erfüllen.

Fazit

Die Hilfsmittelversorgung in Deutschland hat Fortschritte gemacht, aber es besteht weiterhin Handlungsbedarf, um die Qualität, Effizienz und Zugänglichkeit zu verbessern. Der BVMed ist bereit, konstruktiv an diesem Prozess mitzuwirken und hat bereits konkrete Vorschläge erarbeitet, um die Hilfsmittelversorgung weiter zu stärken.

- > **Eindämmung der administrativen Aufwände durch Schaffung eines Rahmenvertrags Verwaltung**
- > **Sicherstellung der Bestrebungen zur Ambulantisierung durch Klarstellung des Hilfsmittelbegriffs**
- > **Stärkung des Schiedsverfahrens durch Konkretisierung des Handlungsauftrags**
- > **Stärkung der Versorgung durch explizite Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Behinderungen**
- > **Sicherstellung der Versorgungsstrukturen durch koordinierten sektorenübergreifenden Einsatz vorhandener qualifizierter Pflegekräfte-Ressourcen**
- > **Einführung einer Wertsicherungsklausel in Krankenkassenverträgen**
- > **Stärkung des Vertrags- und Verhandlungswesens durch Nachjustierung der Transparenzpflichten**
- > **Stärkung der Versorgung und der Rechte der Patient:innen durch Weiterentwicklung des Genehmigungsverfahrens**
- > **Sicherstellung einer zeitgemäßen Versorgung mit Hilfsmitteln durch Konkretisierungen im Zugangsprozess ins Hilfsmittelverzeichnis**
- > **Entbürokratisierung durch Streichung der Kostenerstattungsoption bei Pflegehilfsmitteln und stärkere Digitalisierung der Prozesse**

Kontakt

Juliane Pohl
Referat Ambulante Gesundheitsversorgung
pohl@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - DW
www.bvmed.de