

Stellungnahme

der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Leipziger Platz 15
10117 Berlin

Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.de

06.02.2019

**Zu dem Änderungsantrag 2-27 d
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD,
Ausschussdrucksache 19(14)51.5**

**zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere
Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

Stand: 29. Januar 2019

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe setzt sich seit 60 Jahren als Selbsthilfevereinigung, Eltern- und Fachverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien ein. In über 500 Orts- und Kreisvereinigungen, 16 Landesverbänden und rund 4.300 Diensten und Einrichtungen der Lebenshilfe sind mehr als 125.000 Mitglieder aktiv. Die Ziele der Lebenshilfe sind umfassende Teilhabe und Inklusion sowie die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen in Deutschland.

I. Vorbemerkung

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt das Vorhaben der Koalitionsfraktionen, mit dem Änderungsantrag 2 (Hilfsmittel) einen weiteren Versuch zu unternehmen, die Hilfsmittelversorgung von Versicherten zu verbessern. Nach der Einführung des Vertragsprinzips durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz kam es in der Hilfsmittelversorgung, insbesondere im Bereich der Inkontinenzhilfen, zu Qualitätsdefiziten.¹ Zu dieser Problematik wurde bereits vom Selbsthilfeverband Inkontinenz e.V. eine Petition beim Bundestag eingereicht, die sich für die bedarfsgerechte Versorgung mit Inkontinenzhilfen ohne Aufzahlung einsetzte.² Der Petitionsausschuss des Bundestages erkannte ebenfalls den Handlungsbedarf und überwies die Petition einstimmig im Juni 2016 an das Bundesministerium für Gesundheit zur Erwägung.³

Grund für die Versorgungsmängel war unter anderem die Ausschreibungspraxis der Krankenkassen, die stark preisorientiert erfolgte und qualitative Aspekte häufig nicht berücksichtigte. Krankenkassen und Leistungserbringer vereinbarten zu niedrig kalkulierte Monatspauschalen, die eine bedarfsdeckende Versorgung mit Inkontinenzhilfen unmöglich machten. Leistungserbringer forderten daher häufig Aufzahlungen von den Versicherten, um eine bedarfsdeckende Versorgung zu gewährleisten.⁴

Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsstärkungsgesetz vom 1. April 2017 sollte hier Abhilfe schaffen und die Hilfsmittelversorgung allgemein verbessern.⁵ Allerdings zeigt der Monitor Patientenberatung 2017 der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, dass trotz der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen nach wie vor viele Ratsuchende über eine mangelnde Grundversorgung klagen. Insbesondere werde berichtet, dass das zur Verfügung gestellte Material im Gegensatz zur Wunschversorgung weniger saug- bzw. aufnahmefähig sei.⁶ Dies deckt sich mit den Rückmeldungen, die die Bundesvereinigung Lebenshilfe von ihren Mitgliedern bekommt.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe sieht die Bestrebung der Koalitionsfraktionen, mit dem Änderungsantrag 4 (Förderung der Selbsthilfe) die Entscheidung über eine Förderung nach § 20h SGB V zu zentralisieren, kritisch. Gewachsene und gute Förderbeziehungen könnten hierdurch abbrechen.

¹ BT-Drs. 18/10186, S. 1 f.

² Petition 61566, abzurufen unter: https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2015/_10/_14/Petition_61566.nc.html

³ Vgl. Pressemitteilung des Petitionsausschusses, abzurufen unter: <https://www.bundestag.de/presse/hib/201607/-/434598>.

⁴ Petition 61566, abzurufen unter: https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2015/_10/_14/Petition_61566.nc.html

Petition 61566, abzurufen unter: https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2015/_10/_14/Petition_61566.nc.html

⁵ BT-Drs. 18/10186, S. 1 f.

⁶ Vgl. Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Monitor Patientenberatung 2017, S. 55, abzurufen unter: <https://www.patientenberatung.de/de/uber-uns/monitor-patientenberatung>

II. Stellungnahme im Einzelnen

1. Änderungsantrag 2 (Hilfsmittel)

Der Änderungsantrag 2 (Hilfsmittel) zum TSVG sieht vor, dass die Ausschreibungsoption in § 127 Absatz 1 SGB V aufgehoben wird. Krankenkassen können Verträge mit Leistungserbringern dann nicht mehr im Wege der Ausschreibung schließen. Auch wird klargestellt, dass das Open-House-Modell, bei dem Vertragsbedingungen einseitig durch die Krankenkasse festgesetzt werden, unzulässig ist. Es müssen vielmehr immer Vertragsverhandlungen stattfinden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt die vorgesehenen Änderungen, denn hierdurch wird die Position der Leistungserbringer gestärkt. Sie können Vertragsbedingungen aushandeln, die es ihnen ermöglichen, eine qualitativ gute Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dem durch die bisherige Ausschreibungspraxis hervorgerufenen Unterbietungswettbewerb der Leistungserbringer wird entgegengewirkt.

Allerdings wird durch die Pflicht zur Verhandlung nicht automatisch sichergestellt, dass die von den Vertragsparteien ausgehandelten Regelungen auch qualitative Aspekte der Versorgung ausreichend berücksichtigen und Vertragsverstöße der Leistungserbringer unterbleiben. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe sieht daher weitergehenden Regelungsbedarf vor, um eine wirkliche Verbesserung für die Betroffenen herbeizuführen:

a. Qualitative Aspekte in den Verträgen stärker berücksichtigen

Krankenkassen und Leistungserbringer müssen auch weiterhin gesetzlich verpflichtet sein, in ihren Verträgen mindestens eine Versorgung sicherzustellen, die den festgelegten Qualitätsanforderungen im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 SGB V entspricht. Dieser Hinweis, der noch im derzeitigen § 127 Absatz 1 Satz 3 SGB V zu finden ist, fehlt – vielleicht aufgrund eines redaktionellen Versehens – im neuen § 127 Absatz 1 SGB V. Sofern keine Qualitätsanforderungen im Hilfsmittelverzeichnis bestimmt sind, müssen die Vertragspartner verpflichtet werden, selbst vertragliche Regelungen zu treffen, die eine qualitativ gute Versorgung der Versicherten sicherstellen. Außerdem muss klarer formuliert werden, dass die Vertragsparteien bei einer Änderung der Angaben im Hilfsmittelverzeichnis, beispielsweise zu Qualitätsaspekten, zur Vertragsanpassung verpflichtet sind. Derzeit sind sie nur zur Vertragsanpassung berechtigt.

Schließlich sollte § 127 Absatz 1 SGB V die Vorgabe enthalten, dass die Verträge nicht nur Regelungen zu einer wohnortnahen, sondern auch zu einer barrierefreien Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln enthalten müssen. Nur so kann den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung Rechnung getragen werden.

b. Stärkung der Kontroll- und Eingriffsbefugnisse der Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen

Ausweislich der Prüfungen des Bundesversicherungsamtes, das die Aufsicht über die länderübergreifend tätigen Krankenkassen führt, berücksichtigen viele Krankenkassen in der Praxis die gesetzlichen Vorgaben aus § 127 Absatz 1 und 2 SGB V zum Abschluss von Verträgen nicht in ausreichendem Maße. Sie ermittelten vielmehr im einzelnen Versorgungsfall die Preise für das beantragte Hilfsmittel, reduzierten den Kostenvoranschlagspreis um bis zu 25 % und böten den Leistungserbringern unter diesen Bedingungen eine vertragliche Versorgungszusage an.⁷

Diesen Rechtsverstößen stehen mangelnde Kontroll- und Eingriffsmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden gegenüber. Diese können zwar die Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern prüfen und bei Missständen die Krankenkasse per Bescheid zur Änderung oder Aufhebung der Vereinbarung verpflichten. Erheben die Krankenkassen hiergegen aber Klage, hat diese gemäß § 86a Absatz 1 SGG regelmäßig aufschiebende Wirkung. In der Folge darf das beanstandete Handeln bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung fortgesetzt werden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, dass stärker kontrolliert wird, ob sich die Krankenkassen beim Abschluss von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung auch an die gesetzlichen Vorgaben halten und dass die Aufsichtsbehörde bei aufgedeckten Verstößen schneller handeln kann. Versorgungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollten dafür vor Abschluss der Aufsichtsbehörde vorgelegt werden müssen. Werden in bereits laufenden Vertragsverhältnissen erhebliche Rechtsverstöße festgestellt, sollten die Aufsichtsbehörden außerdem analog der Regelungen in § 71 Absatz 6 SGB V per einstweiliger Anordnungen die Krankenkassen zu Vertragsänderungen oder -auflösung verpflichten können, um wirksam und zeitnah Versorgungsprobleme zu beseitigen.

c. Leistungserbringer besser kontrollieren und bei Vertragsbrüchen schneller von der Versorgung ausschließen

Derzeit werden Leistungserbringer nur durch Auffälligkeits- und Stichprobenüberprüfungen der vertragsschließenden Krankenkasse kontrolliert. Rechtsfolgen bei Vertragsverstößen können Leistungserbringer und Krankenkasse frei bestimmen. Lediglich schwerwiegende Verstöße müssen den Präqualifizierungsstellen gemeldet werden.⁸ Diese können dem Leistungserbringer dann das Zertifikat, das ihn zur Versorgung berechtigt, entziehen, wenn sie der Auffassung sind, dass keine ausreichende Versorgung mehr sichergestellt werden kann. Ob die vereinbarten Sanktionen auch

⁷ Bundesversicherungsamt, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 111 f, abzurufen unter: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20180403Sonderbericht_web.pdf

⁸ Vgl. § 127 Absatz 5a SGB V

wirklich abschreckend wirken und eine ausreichende Kontrolle seitens der Krankenkassen stattfindet, ist jedoch fraglich, da diese selbst ein Interesse daran haben, den für sie günstigen Leistungserbringer auf dem Markt zu behalten.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, dass Leistungserbringer durch eine unabhängige Stelle (beispielsweise die Präqualifizierungsstellen gemäß §§ 126 Absatz 1 und 2 SGB V) stärker sanktioniert und überwacht werden.

Außerdem müssen vertragsbrüchige Leistungserbringer schneller von der Versorgung ausgeschlossen werden. In § 127 Absatz 5a SGB V sollte dafür eine Pflicht der Krankenkasse zur unmittelbaren Kündigung bei groben Vertragsverstößen des Leistungserbringers geregelt werden. Korrespondierend dazu sollte § 126 Absatz 1a SGB V die Präqualifizierungsstellen in diesen Fällen dazu verpflichten, dem Leistungserbringer seine Zertifizierung zu entziehen. Er kann dann in der Folge erst einmal keine neuen Verträge mit den Krankenkassen abschließen.

2. Änderungsantrag 4 (Förderung der Selbsthilfe)

Der Änderungsantrag 4 (Förderung der Selbsthilfe) sieht vor, dass zukünftig die gesamten Fördermittel gemäß § 20h Absatz 3 Satz 1 SGB V nur noch einheitlich und gemeinschaftlich kassenartenübergreifend von den Krankenkassen und ihren Verbänden zu verausgaben sind. Die Förderung setzt somit eine gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände voraus. Bislang mussten nur 50 % der Fördermittel kassenartenübergreifend verauslagt werden. Die restlichen 50 % konnten die einzelnen Krankenkassen eigenständig zu Projekt- oder Pauschalförderung nutzen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe sieht diese Änderung kritisch. Zwar wird durch die gemeinschaftliche Verausgabung der Fördermittel das Verfahren für die Selbsthilfe vereinfacht und transparenter, da sie sich nur noch einem zentralen Ansprechpartner gegenüber sieht.

Andererseits haben sich einzelne Krankenkassen in den letzten Jahren sehr intensiv bei der Förderung von Selbsthilfeprojekten gerade auf der Bundesebene engagiert und es haben sich gute Förderbeziehungen entwickelt. Bei der Umsetzung des nun vorgesehenen Antrags besteht die Gefahr, dass die entsprechenden Förderbeziehungen abgebrochen werden. Außerdem würde die Möglichkeit entfallen, mit einzelnen Krankenkassen Schwerpunktthemen vertieft zu bearbeiten. Schließlich sehen wir das Risiko, dass durch die zukünftig erforderliche, gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen, ob eine Förderung erfolgen soll, die Bewilligung von Förderanträgen länger dauert als bisher und Förderpraktiken komplizierter ausgestaltet werden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe fordert daher, dass der Änderungsantrag zunächst zurückgestellt wird, bis dessen Auswirkungen auf das Fördergeschehen ausreichend abgeklärt sind. Bei der Klärung sind die gesetzlichen Krankenkassen und die Selbsthilfeorganisationen miteinzubeziehen.

Wir regen darüber hinausgehend an, dass bei einer Änderung des § 20h SGB V klargestellt wird, dass Krankenkassen die Fördermittel nach § 20h Absatz 3 Satz 1 SGB V zum einen nicht mehr zur Abdeckung von Verwaltungskosten verwenden dürfen und zum anderen nicht ohne Antrag der Selbsthilfe für Aktivitäten nutzen dürfen, die nur aus ihrer Sicht der Selbsthilfe zugutekommen.