

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(22)
gel. VBe zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
13.10.2011



ZDH
ZENTRALVERBAND DES
DEUTSCHEN HANDWERKS

Stellungnahme

zum

*Entwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung
der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen
Krankenversicherung“
der Bundesregierung vom 5. September 2011
(BT-Drs. 17/6906)
für die Anhörung im BT-Gesundheitsausschuss
am 19. Oktober 2011*

Berlin, 10. Oktober 2011



biha
BUNDESINNING
DER HÖRGERÄTEAKUSTIKER



INHALTSVERZEICHNIS

I.	Zusammenfassung	3
II.	Änderungen im Bereich Hilfsmittel und Zahnersatz.....	3
1.	Korruptionsbekämpfung bei der Abgabe von Hilfsmitteln (Änderung des § 128 Abs.1 und § 73 Abs 7 SGB V)	3
2.	Konsequente Anwendung von § 73 Abs. 7 i.V. mit § 128 Abs. 1 SGB V auch bei der Beauftragung von Zahnersatz durch Zahnärzte	5
3.	Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (neuer Abs. 9 des § 91 SGB V).....	5
4.	Gemeinsame Rahmenempfehlungen bei Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung (neuer Abs. 6 des § 127 SGB V)	6
5.	Erweiterte Satzungsleistungen (neuer § 11 Abs. 6 SGB V).....	7
6.	Mehrkostenregelung auch für Intraokularlinsen (neuer Abs. 9 des § 33 SGB V) ...	7
7.	Delegation von ärztlichen Leistungen (Änderung des § 28 Abs. 1 SGB V)	7
8.	Schiedsverhandlungen bei Hilfsmittel-verträgen einführen (Ergänzung des § 127 Abs. 2 SGB V)	7
9.	Größere Verhandlungsspielräume auch für die Preise zahntechnischer Leistungen (geänderter Abs. 3 des § 85 SGB V)	8

I. Zusammenfassung

Der ZDH und die Gesundheitshandwerke (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Zentralverband Orthopädieschuhtechnik, Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und Zentralverband der Augenoptiker) begrüßen verschiedene gesetzliche Neuregelungen im Hilfsmittelbereich, vor allem die erneute Novelle des § 128 SGB V. Damit soll u.a. verhindert werden, dass Vertragsärzte das Zuwendungsverbot umgehen, indem sie sich z.B. an Unternehmen von Leistungserbringern beteiligen. Ausdrücklich soll zukünftig auch die Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, dass diese auf die ihnen zustehende Leistung der GKV verzichten und eine privatärztliche Leistung in Anspruch nehmen, verboten werden.

Ähnliche Klarstellungen sollten auch für die Praxislabore der Zahnärzte getroffen werden. Ungeregelte Konstruktionen wie Praxislaborgemeinschaften mehrerer Zahnärzte oder Beteiligungen von Zahnärzten an zahntechnischen Laboren sollten verboten werden, da hier nicht mehr nur Zahnersatz für den eigenen Praxisbedarf hergestellt wird.

Unzureichend ist das im Gesetzentwurf vorgesehene mündliche Anhörungsrecht für die Gesundheitshandwerke im Gemeinsamen Bundesausschuss. Der ZDH und die Gesundheitshandwerke fordern ein echtes Beteiligungsrecht der Gesundheitshandwerke dort, wo ihre Belange direkt betroffen sind.

II. Änderungen im Bereich Hilfsmittel und Zahnersatz

1. Korruptionsbekämpfung bei der Abgabe von Hilfsmitteln (Änderung des § 128 Abs. 1 und § 73 Abs. 7 SGB V)

Das mit dem GKV-OrgWG und der 15. AMG-Novelle für Hilfsmittel in Kraft gesetzte Verbot von Zuwendungen (§ 128 Abs. 2 SGB V) durch Hilfsmittelerbringer an Vertragsärzte hat großen Erfolg bei der Korruptionsbekämpfung gezeigt. Viele der bis dahin noch praktizierten „Bezahlmodelle“ sind mittlerweile eingestellt.

Vertragsärzte wie auch Leistungserbringer haben seit der Einführung des § 128 SGB V „Schlupflöcher“ gesucht, die mit dem jetzt vorliegenden Gesetzesentwurf - soweit heute bekannt - weitgehend geschlossen werden können. Das gilt u.a. für Modelle, in denen gesetzlich Versicherte zu Privatpatienten „umgewandelt“ werden, so dass ihnen zustehende Leistungen aus der GKV-Versorgung versagt bleiben (§ 128 Abs. 5a SGB V neu).

Gleichzeitig nimmt der Gesetzesentwurf die jüngste Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs („Brillenversorgung I“ und „Brillenversorgung II“ sowie „Hörgeräteversorgung II“) zu Berufsrechtsverstößen der Vertragsärzte konsequent in den sozialrechtlichen Kontext auf.

Zuletzt hat der BGH am 13.01.2011 entschieden, dass unzulässige Vorteile auch Gewinne und sonstige Einnahmen aus einer gesellschaftsrechtlichen Beteiligung der Ärzte sein können, wenn Patienten an einen Hilfsmittelleistungserbringer verwiesen werden und die Verweisung kausal für einen dem Arzt zufließenden Vorteil ist (Az.: I ZR 111/08 und I ZR 112/08).

In der Praxis gibt es viele Beispiele der unmittelbaren oder mittelbaren Beteiligung von

Vertragsärzten an Unternehmen und Einzelgeschäften der Hilfsmittleistungserbringer. Durch eine Steuerung der Patienten über Verweisungen an Unternehmen, an denen Vertragsärzte unmittelbar oder mittelbar beteiligt sind, wird der Wettbewerb zwischen den Hilfsmittleistungserbringern heute stark verzerrt. Die nunmehr geplante Änderung des § 128 Abs. 2 S. 3 SGB V erfasst daher richtig und konsequent die Beteiligungen von Vertragsärzten an Unternehmen der Leistungserbringer als unzulässig, soweit die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- und Zuweisungsverhalten den wirtschaftliche Erfolg der Unternehmen maßgeblich steuern können (§ 128 Abs. 2 S. 3 SGB V neu).

Der Bundesgerichtshof hat in seinen oben genannten Entscheidungen stets einen groben Verstoß gegen die Berufsordnung der Ärzte durch diese selber festgestellt. Allerdings liegt die Änderungshoheit der Berufsordnung bei den Ärzten selber, wie noch im Mai 2011 auf dem 114. Deutschen Ärztetag geschehen. So soll nach den aktuellen und beschlossenen Änderungen der Berufsordnung eine Beeinflussung von Patienten durch Ärzte dann nicht berufswidrig sein, wenn diese einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient (§ 32 Abs. 1 S. 2 M-BOÄ). Solche Einflussnahme wurde aber gerade vom Bundesgerichtshof untersagt. Weiterhin haben Ärzte in ihrer Berufsordnung geregelt, dass die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe nicht berufswidrig ist, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden. Diese Neu-Regelungen zeigen, dass der Gesetzgeber aufgerufen ist, Fehlentwicklungen frühzeitig und konsequent entgegen zu wirken und die Berufsordnung der Ärzte keine geeignete Grundlage darstellt, diese Fehlentwicklungen zu verhindern und zu verbieten.

Der ZDH und die Gesundheitshandwerke begrüßen daher ausdrücklich die mit dem Gesetzesentwurf beabsichtigte weitere Novelle des § 128 SGB V.

Gleichzeitig begrüßen wir die Initiative, nicht nur den Geber einer Leistung (Leistungserbringer), sondern auch den Nehmer (hier der Vertragsarzt) zu sanktionieren. Wir halten einen Hinweis auf eine Sanktionierung in Form des Entzugs der Zulassung i.S.d. § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V für angebracht. Denn nach § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V ist die Zulassung einem Vertragsarzt zu entziehen, wenn er seine vertragsärztlichen Pflichten grüblich verletzt. In § 128 Abs. 5a SGB V sollte daher klargestellt werden, dass ein Verstoß gegen § 128 SGB V einen groben Verstoß i.S.d. § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V darstellt.

In § 128 Abs. 5a SGB V werden nur die Vertragsärzte sanktioniert, aber nicht die in § 128 Abs. 2 S. 1 SGB V vorgesehenen Ärzte in Krankenhäusern und andere medizinische Einrichtungen. Um diese Institutionen müsste analog § 128 Abs. 5a SGB V ergänzt werden.

In § 128 Abs. 2 S. 1 SGB V sollte eine Klarstellung erfolgen, dass auch entsprechende Vereinbarungen mit Krankenhausträgern verboten sind. Denn oftmals werden die hier in Frage kommenden unzulässigen Vereinbarungen nicht mit einzelnen Ärzten, sondern mit Krankenhausträgern geschlossen.

Wir regen darüber hinaus an, gleichartige Regelungen auf den Bereich der Privatversicherungswirtschaft zu übertragen, da mit den gefundenen Regelungen lediglich der Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abgedeckt wird. Somit besteht die Gefahr, dass sich in der Folge im Bereich der PKV die Korruptionsbemühungen überproportional ausweiten.

Immer, wenn Ärzte selber von einem Rezept finanziell profitieren, steigt die Gefahr, dass sie sich in ihrem Ordnungsverhalten nicht allein von den medizinischen Notwendigkeiten leiten lassen. Auch wird der Anreiz größer, dass in diesem Zusammenhang weitere Leistungen verordnet werden. Sollten die Ärzte zukünftig weiterhin die Möglichkeit haben, an der Versorgung der Versicherten mit

Hilfsmitteln, die sie selbst verordnet haben, finanziell zu partizipieren, werden sie die Gelegenheit voraussichtlich wahrnehmen.

2. Konsequente Anwendung von § 73 Abs. 7 i.V. mit § 128 Abs. 1 SGB V auch bei der Beauftragung von Zahnersatz durch Zahnärzte

Tatsächlich bestehen zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen neben der Verordnung von Leistungen bzw. Medizinprodukten mit möglicher Zuweisung des Patienten auch konkrete Auftragsbeziehungen, die in gleicher Weise Korruptions- und Fehlanreizprobleme bieten, wie sie mit den Neuregelungen ausgeschlossen werden sollen. Wir schlagen daher vor, konsequent das angestrebte Ziel der Neuregelungen bei Verordnungsleistungen auch auf den Beziehungstypus der Beauftragung von Leistungen bzw. Medizinprodukten für einen konkreten Patienten zu erweitern.

In Bezug auf die Fehlanreize, die mit dem Zuwendungsverbot bei Heil- und Hilfsmitteln unterbunden werden sollen, besteht bei einer Beauftragung, ein Medizinprodukt als Sonderanfertigung herzustellen, tatsächlich kein ökonomischer Unterschied. Das betrifft z.B. auch das Auftragsverhältnis zwischen Zahnarzt und gewerblichem technischem Labor. So weist die Musterberufsordnung für Zahnärzte der Bundeszahnärztekammer vom 19. Mai 2010 folgende Regelung aus:

§2 Allgemeine Berufspflichten

(7) Dem Zahnarzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung, die Empfehlung oder den Bezug für Patienten von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten eine Vergütung oder sonstige vermögenswerte Vorteile für sich oder Dritte versprechen zu lassen oder anzunehmen.

(8) Es ist dem Zahnarzt nicht gestattet, für die Zuweisung und Vermittlung von Patienten ein Entgelt zu fordern oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Wir schlagen daher vor, in § 73 Abs. 7 neu den Bezug von Sonderanfertigungen i. S. des Medizinproduktegesetzes und damit auch zahntechnische Leistungen aufzunehmen. Dies ist konsistent mit dem angestrebten Ziel der Neuregelungen bei Verordnungsleistungen auch auf den Beziehungstypus der Beauftragung von Leistungen bzw. Medizinprodukten für einen konkreten Patienten zu erweitern.

Dies sollte auch Konsequenzen für die zahnärzteigenen Praxislabore der Zahnärzte haben. Dem Zahnarzt ist nur erlaubt, im Rahmen seiner Berufsausübung für seinen eigenen Praxisbedarf zahntechnische Leistungen herzustellen. Davon abweichend gibt es inzwischen jedoch unregelmäßige Konstruktionen wie Praxislaborgemeinschaften mehrerer Zahnärzte oder Beteiligungen von Zahnärzten an zahntechnischen Laboren, die den rechtlichen Grundgedanken des reinen Hilfsbetriebs für den Heilberuf des Zahnarztes deutlich unterlaufen. Auch hier werden durch Berufsausübungsgemeinschaften unzulässige Einkünfte durch das Beauftragungs- bzw. Verordnungsverhalten von Zahnärzten verschleiert. Wir fordern daher eine rechtliche Klarstellung, dass, wie bei Ärzten auch, Beteiligungen und solche Formen von „Berufsausübungsgemeinschaften“ von Zahnärzten unzulässig sind.

3. Beteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (neuer Abs. 9 des § 91 SGB V)

Jedem, der zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) stellungnahmeberechtigt ist und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, soll zukünftig Gelegenheit auch zur mündlichen Stellungnahme gegeben werden. Diese Regelung ist nach unserer Ansicht nicht ausreichend, um die Beteiligungsmöglichkeiten der Betroffenen an der Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss zu stärken. Zudem soll den Stellungnahmeberechtigten nur „in der Regel“ Gelegenheit zur mündlichen

chen Stellungnahme gegeben werden. Die Gesundheitshandwerke unterlägen somit wieder der vollen Entscheidungshoheit des G-BA.

Viele Entscheidungen des G-BA betreffen die Versorgungsabläufe der Gesundheitshandwerke unmittelbar und greifen somit auch direkt in den Vertragswettbewerb und die Versorgungsrealität ein. Während Ärzte als Verordnungsgeber ein unmittelbares Mitbestimmungsrecht bei den Entscheidungen des G-BA haben, können die betroffenen Gesundheitshandwerke als Hilfsmittelerbringer Entscheidungen des G-BA höchstens noch kommentieren, obwohl sie betroffen sind. Um die derzeit unbegrenzten Regelungsmöglichkeiten der Versorgungsrealität anzupassen, sollte der G-BA zukünftig seine Entscheidung ausschließlich auf die medizinischen Belange der Versorgung beziehen dürfen. Gleichzeitig muss den Gesundheitshandwerken ein wirkliches Beteiligungsrecht dort einräumt werden, wo ihre Belange direkt betroffen sind.

Die Vorbereitung von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt regelmäßig in vorbereitenden Gremien. Die Gruppen, die in den vorbereitenden Ausschüssen vertreten sind, haben sich oft in monatelangen Verhandlungen auf ein Ergebnis verständigt und ändern dies nicht nachträglich aufgrund einer Stellungnahme eines Dritten. Wir fordern daher ein Mitberatungsrecht der Gesundheitshandwerke auch in den vorbereitenden Gremien, so wie es auch Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Betroffenenorganisationen haben.

4. Gemeinsame Rahmenempfehlungen bei Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung (neuer Abs. 6 des § 127 SGB V)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene geben gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der

Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. In diesen Empfehlungen können auch Regelungen zur Abrechnung (§ 302 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 SGB V) getroffen werden.

Die Absicht, Bürokratie abzubauen und das Abrechnungsverfahren zu vereinfachen, ist zu begrüßen. Allerdings besteht die Gefahr, dass auf Grund einer einfachen Mehrheitsentscheidung alle Leistungserbringer verpflichtet werden, die gewählten Abrechnungsmodalitäten umzusetzen. Daher ist sicherzustellen, dass „gemeinsame“ Rahmenempfehlungen auch einstimmig verabschiedet werden müssen. Zudem ist nicht geregelt, wer zu den maßgeblichen Spitzenorganisationen zählt und in welchem Stimmverhältnis diese zueinander stehen. Es ist inakzeptabel, dass eine Spitzenorganisation mit nur einigen wenigen Abrechnungen pro Jahr die gleiche Stimmenanzahl hat wie die einzelnen Gesundheitshandwerke, die teilweise über Millionen von Abrechnungen pro Jahr verfügen. Es ist zu befürchten, dass der GKV-Spitzenverband sich mit seiner Marktmacht gegenüber den zumeist kleineren Organisationen der Leistungserbringer durchsetzt und somit die ansonsten vertraglich zu vereinbarenden Abrechnungsmodalitäten zu Lasten der Leistungserbringer umgeht.

Weiterhin fordern wir, einen weitgehend einheitlichen Rahmenvertrag im Bereich Hilfsmittel zu schaffen. Die Rahmenverträge mit den ca. 150 Krankenkassen sind derzeit uneinheitlich gefasst. Es gibt neben den Preisvereinbarungen für einzelne Produktgruppen unterschiedliche Rahmenvertragsregelungen der Krankenkassen. Diese Vielfalt der Verträge ist für Betriebe und Krankenkassen kaum noch überschaubar, und ihre Beachtung erfordert in den Betrieben einen immensen Verwaltungs- und Kostenaufwand.

Wir schlagen daher vor, dass der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringer gemeinsam einen Rahmenvertrag für den Hilfsmittelbereich erarbeiten. Dieser sollte –

ähnlich den Richtlinien nach § 302 SGBV (Abrechnungsverfahren) – eine Empfehlung darstellen. Durch einen solchen Rahmenvertrag könnte der Verwaltungsaufwand deutlich reduziert werden. Der Wettbewerb der Krankenkassen, der sich vor allem bei den Preisverhandlungen widerspiegelt, würde zudem nicht beeinträchtigt.

5. Erweiterte Satzungsleistungen (neuer § 11 Abs. 6 SGB V)

Wir begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, dass die Krankenkassen Satzungsleistungen im Bereich Hilfsmittel anbieten können, weil dies mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten schafft. Allerdings darf es dabei nicht zu einem Abbau der Regelleistungen der GKV kommen.

Entschieden abzulehnen ist, dass die Krankenkassen laut dem Gesetzentwurf Leistungen vergeben können, ohne die maßgeblich gesetzlichen Bedingungen zur Hilfsmittelversorgung zu beachten. So besteht die Möglichkeit für die Kassen, auch nicht zugelassene Leistungserbringer in die Versorgung mit Hilfsmitteln einzubeziehen und die Anforderungen nach § 126 SGB V ff. zu umgehen.

6. Mehrkostenregelung auch für Intraokularlinsen (neuer Abs. 9 des § 33 SGB V)

Für Intraokularlinsen wird eine Mehrkostenregelung geschaffen wie für andere Hilfsmittel auch.

Dies ist eine Verbesserung für die Versicherten und wird von uns begrüßt. Entscheiden sich derzeit Versicherte für die Implantation einer Sonderform einer Intraokularlinse (z. B. einer Multifokallinse), so zahlen sie die Kosten der Sonderlinse vollständig selbst: Mit der neuen Regelung wird klargestellt, dass die Krankenkassen die Kosten der medizinisch notwendigen Intraokularlinsen einschließlich der für diese Versorgung notwendigen ärztli-

chen Leistung übernehmen und der Versicherte nur die Mehrkosten, einschließlich etwaiger Folgekosten, zahlt.

7. Delegation von ärztlichen Leistungen (Änderung des § 28 Abs. 1 SGB V)

Laut dem Gesetzentwurf legen die Partner der Bundesmantelverträge für die ambulante Versorgung fest, bei welchen Tätigkeiten Personen ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind.

Die Möglichkeit der Delegation von ärztlichen Leistungen an die Gesundheitshandwerke muss klarstellend gesetzlich geregelt werden. Insbesondere in den neuen Bundesländern und in ländlichen Gegenden ist die Versorgung der Versicherten mit Fachärzten nicht ausreichend und könnte durch eine Übertragung von Aufgaben an Gesundheitshandwerksbetriebe sinnvoll und nachhaltig verbessert werden. Gegebenenfalls wären Regelungen, die die regionale Situation berücksichtigen, sinnvoll.

8. Schiedsverhandlungen bei Hilfsmittelverträgen einführen (Ergänzung des § 127 Abs. 2 SGB V)

Die Erfahrungen nach Wegfall der Zulassungen im Hilfsmittelbereich seit dem 1.4.2007 zeigen, insbesondere nach Ablauf der Übergangsfristen zum 31.12.2009, dass ein erhebliches Konfliktpotential bei den Vertragsbeziehungen zwischen den Kostenträgern und der Leistungserbringerseite besteht. Die Situation für die Leistungserbringer ist unbefriedigend, weil sie bei den nach § 127 Abs. 2 SGB V zu vereinbarenden Vertragsinhalten den Regelungsvorgaben der Kostenträgerseite ausgesetzt sind.

Als Konfliktlösungsmechanismus, der die Widersprüche zwischen den Vertragspartnern bereits im Verhandlungsstadium bereinigt, hat sich im Bereich der staatlich garan-

tierten Gesundheitsvorsorge das außegerichtliche System der Schiedsverhandlungen oftmals bewährt. Dies könnte auch im Bereich der Hilfsmittelversorgungen vorgesehen werden.

**9. Größere Verhandlungsspielräume auch für die Preise zahntechnischer Leistungen
(geänderter Abs. 3 des § 85 SGB V)**

Im geänderten Abs. 3 des § 85 SGB V ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass bei den Veränderungen der zahnärztlichen Gesamtvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht mehr Vorrang hat, sondern neben anderen genannten Kriterien zu berücksichtigen ist (u.a. Zahl und Struktur der Versicherten, Morbiditätsentwicklung, Kosten- und Versorgungsstruktur).

Zahnärzte und Zahntechniker haben bei der Vergütungsfindung vergleichbare Probleme durch die gesetzliche Anbindung der Vergütungsentwicklung an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der GKV. Wir schlagen daher gemeinsam vor, auch für die Vereinbarung zu den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preisen für Zahnersatz auf Bundesebene gemäß § 57 Abs. 2 und § 88 Abs. 2 SGB V den Verhandlungspartnern größere Verhandlungsspielräume zu eröffnen. Es sollten neue Kriterien (Änderung der Kosten- und Auftragsstruktur, der Entwicklung der handwerklichen Tariflöhne) eingeführt werden, um auftragsbezogene und kostenorientierte Vergütungen zu ermöglichen.

Berlin, 10. Oktober 2011

Dr.Do