



„Die Qualität der Patientenversorgung ist der zentrale Maßstab“

Vor der größten Herausforderung infolge des HHVG steht vermutlich der GKV-Spitzenverband: Mit der Aktualisierung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses bis Ende

2018 wartet eine Mammutaufgabe auf ihn. Wie der Spitzenverband der Krankenkassen die Zielsetzung erfüllen will und welche Rolle die Leistungserbringer dabei spielen, erklärt Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied des GKV-Spitzenverbands.

OT: Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde verabschiedet, und der GKV-Spitzenverband hat einige dringende Aufgaben auf dem Tisch. Es geht um die Aktualisierung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und den Entwurf sowie die Umsetzung eines Vertragscontrollings. Welches Know-how bringt der GKV-Spitzenverband für diese Aufgabe mit? Werden Hersteller und Leistungserbringer in den Prozess eingebunden?

Gernot Kiefer: Die Aktualisierung und Fortschreibung des gesamten Hilfsmittelverzeichnisses ist in der Tat eine gewaltige Aufgabe, der wir uns mit großem Engagement angenommen haben. Mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung soll die Fortschreibung aller Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses bis Ende 2018 abgeschlossen sein. Zur Bewältigung dieser Aufgabe steht uns insbesondere aus dem Krankenkassensystem und der MDK-Gemeinschaft die Expertise aus unterschiedlichen Disziplinen des Gesundheitsbereichs zur Verfügung. Dessen ungeachtet sind die Erfahrungen und speziellen Kenntnisse der Branche vor allem bei komplexen oder technisch besonders anspruchsvollen Produktgruppen unverzichtbar.

Die ersten Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses, darunter auch die für die orthopädiotechnische Branche wichtige Produktgruppe 08 „Einlagen“, wurden bereits umfassend überarbeitet und aktualisiert. Hierzu hatten die einschlägigen Leistungserbringer- und Herstellerorganisationen dem GKV-Spitzenverband frühzeitig ihre Änderungsvorschläge unterbreitet, die in der Folgezeit auch mit der Branche erörtert wurden. An dieser grundsätzlichen Vorgehensweise soll sich auch künftig nichts ändern. Die Leistungserbringer- und Herstellerorganisationen können nach wie vor ihre Fachkenntnisse in den Fortschreibungsprozess einbringen. Sie werden über den Beginn der einzelnen Fortschreibungen informiert. Angesichts der engen gesetzlichen Fortschreibungsfrist ist es wichtig, dass eingereichte Vorschläge gut begründet und kommentiert werden, um diese in die Beratungen einbeziehen zu können. Sofern der GKV-Spitzenverband zu bestimmten Fragestellungen Klärungsbedarf sieht, werden die Leistungserbringer- und Herstellerorganisationen gezielt dazu befragt.

Die Umsetzung des Vertragscontrollings erfolgt durch die einzelnen Krankenkassen, denn diese müssen die Einhal-

tung der konkreten vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer überprüfen. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen abzugeben, insbesondere zum Umfang der Stichprobenprüfungen, zu möglichen Überwachungsinstrumenten und wann Auffälligkeiten anzunehmen sind. Konkrete und durch Fakten unterlegte Vorschläge von Dritten werden wir gerne in die Überlegungen und Beratungen einbeziehen.

OT: Durch Ausschreibungen hat die Qualität der Patientenversorgung in einigen Teilbereichen stark gelitten. Insbesondere die Bereiche der Inkontinenz- und Rollstuhlversorgung waren in der Diskussion. Wie wird der GKV-Spitzenverband in Zukunft mit dem Thema Qualitätssicherung umgehen?

Kiefer: Im Ergebnis hatte die Versorgung nicht durch die Ausschreibungen gelitten, sondern durch die Leistungen derjenigen, die schlechte Qualität geliefert haben. Derzeit werden Produktanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses überarbeitet. So wurden in der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ die technischen Anforderungen im vergangenen Jahr deutlich angehoben. Außerdem werden in allen Produktgruppen erstmals auch Mindest-Dienstleistungsanforderungen definiert, die in den Versorgungsverträgen zu berücksichtigen sind. Der GKV-Spitzenverband wird künftig das Hilfsmittelverzeichnis regelmäßig überprüfen und im erforderlichen Umfang fortschreiben. Letztlich kommt es aber auf die Vertragsinhalte und das Vertragscontrolling an, ob die im Hilfsmittelverzeichnis definierte Qualität beim Versicherten tatsächlich ankommt.

OT: Der verstärkte Fokus auf die Qualitätssicherung der Patientenversorgung könnte mit einer bürokratischen Mehrbelastung der Krankenkassen, aber auch der Betriebe einhergehen. Wird sich diese Mehrbelastung durch das Gesetz deutlich erhöhen?

Kiefer: Bürokratie an sich ist weder gut noch schlecht – es kommt darauf an, ob sie im Ergebnis zu einer besseren Patientenversorgung führt. Die Leistungserbringer haben die Beratung der Versicherten schriftlich zu dokumentieren und durch Unterschrift des Versicherten bestätigen zu lassen. Sie haben den Krankenkassen für das Vertragscontrolling auf Verlangen die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Soweit diese personenbezogen sind, ist zudem die schriftliche Einwilligung des Versicherten erforderlich. Darüber hinaus müssen die Leistungserbringer im Zuge der Abrechnung die Höhe der mit dem Versicherten abgerechneten Mehrkosten angeben. Diese Maßnahmen führen natürlich zu Mehraufwänden auf beiden Seiten. Die entscheidende Frage ist jedoch aus unserer Sicht, ob der Mehraufwand angemessen ist im Verhältnis zum Nutzen. Die Qualität der Patientenversorgung ist dabei der zentrale Maßstab. ■