

**Antwort
der Bundesregierung**

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

– Drucksache 16/8857 –

Verträge der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung nach der Gesundheitsreform 2007**Vorbemerkung der Fragesteller**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde eine neue Vergabapraxis bei Hilfsmitteln eingeführt. Seit 1. April 2007 sollen die Krankenkassen prinzipiell im Wege der Ausschreibung Verträge mit Erbringern von Hilfsmitteln schließen.

„Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig“, so § 127 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Sollte jedoch die Ausschreibung nicht der zweckmäßige Weg sein, dann können die Kassen auch Verträge auf Verhandlungsbasis abschließen, es findet also keine Ausschreibung statt, so regelt es § 127 Abs. 2 SGB V. Nach diesem Absatz gilt zwar ausdrücklich der zweite Satz des obigen Gesetzeszitats, der erste und dritte jedoch nicht.

Den Versicherten kommen also für diesen Fall möglicherweise weder die notwendige Beratung, noch sonstige erforderliche sonstige Dienstleistungen der Hilfsmittelerbringer (Orthopädiefachgeschäfte etc.), noch eine wohnortnahe Versorgung zugute.

Die Fragesteller sprechen sich gegen einen die Qualität ruinierenden Preiswettbewerb aus. Die Fragesteller sind auch dagegen, dass Versicherte einer bestimmten Krankenkasse nur Leistungen bestimmter Hilfsmittelerbringer in Anspruch nehmen dürfen.

Die Versicherten haben nach der Neuregelung gemäß „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ keine freie Wahl mehr zwischen den verschiedenen Hilfsmittelerbrin-

gern. Inwieweit dies gemäß dem Bonmot „Konkurrenz belebt das Geschäft“ einen für alle Seiten erquickenden Wettbewerb erzeugen soll, können die Fragesteller nicht nachvollziehen.

Wenn man den im Gesetz vorgesehenen „Wettbewerb“ jedoch will, muss man für faire Bedingungen sorgen. Ansonsten besteht die Gefahr von Kartellbildungen. Die praktische Ausgestaltung der Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung ist jedoch noch recht unklar. Deshalb hat der Gesetzgeber auch eine Übergangsfrist (§ 126 Abs. 2 SGB V) eingeführt. Diese gilt bis Ende 2008.

Der Zentralverband Orthopädieschuhtechnik beschwert sich nun, dass seine Mitgliedunternehmen im konkreten Fall von der DAK von der Versorgung ausgeschlossen werden. Es wurden Verträge mit den Firmen Egroh, reha-vital, Ietec, RSR und Fromme geschlossen. Andere dürfen nicht liefern, auch nicht zu gleichen Konditionen.

Einzelne Orthopädiebetriebe müssen, um liefern zu dürfen, den genannten privaten Vertragspartnern der DAK beitreten, wofür Eintrittsgelder in Höhe von einigen tausend Euro fällig würden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben gemäß § 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch sowie die zur Vermeidung unvertretbarer gesundheitlicher Risiken erforderlichen Wartungen und technischen Kontrollen.

Die Versicherten erhalten die Leistungen grundsätzlich als Sach- oder Dienstleistungen. Zur Erfüllung des Versorgungsanspruchs der Versicherten schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Dabei müssen sie flächendeckend eine ordnungsgemäße Versorgung mit Hilfsmitteln sicherstellen; hierzu zählt auch die wohnortnahe Versorgung der Versicherten.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die Hilfsmittelversorgung stärker wettbewerblich ausgerichtet worden. Die Zulassung der Leistungserbringer ist entfallen, um den Vertragswettbewerb zu stärken. Künftig soll die Versorgung nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen. Darüber hinaus soll insbesondere durch Ausschreibungen ein verstärkter Preiswettbewerb erreicht werden. Sofern Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind, sollen die Krankenkassen im Verhandlungsweg (Rahmen-)Verträge mit Leistungserbringern abschließen. Gegebenenfalls muss die Versorgung auf der Grundlage einer Vereinbarung im Einzelfall erfolgen.

Die angestrebten Einsparungen kommen letztlich allen Versicherten zugute. Unter den neuen Rahmenbedingungen können die Krankenkassen auch wirksamer als bisher verhindern, dass für medizinisch notwendige Leistungen von den Versicherten Aufzahlungen verlangt werden. Eine ordnungsgemäße Versorgung mit Hilfsmitteln wird durch die Neuregelungen nicht in Frage gestellt.

1. Ist die Bundesregierung für eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln?

Die Bundesregierung hält eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln für geboten.

2. Sieht die Bundesregierung, dass durch Selektivverträge, durch die Leistungserbringer, z. B. Orthopädieschuhmacher oder Hörgeräteakustiker, ausgeschlossen werden, die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung, gerade in ländlichen Räumen, beeinträchtigt wird?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auch unter den neuen Rahmenbedingungen gewährleistet ist. Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel weder Ausschreibungen durchgeführt wurden noch Rahmenverträge mit Leistungserbringern bestehen oder die Versicherten auf dieser Grundlage nicht in zumutbarer Weise versorgt werden können, muss die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem geeigneten Leistungserbringer treffen.

3. Wäre es sinnvoll, in § 127 Abs. 2 SGB V, wie auch im vorhergehenden Absatz geschehen, die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung gesetzlich festzuschreiben?

Hierfür wird keine Notwendigkeit gesehen. Mit der ausdrücklichen Regelung in § 127 Abs. 1 SGB V, die im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens eingefügt wurde, hat der Gesetzgeber der Befürchtung Rechnung getragen, speziell im Fall von Ausschreibungen könnten sich nachteilige Auswirkungen auf die Qualität und Praktikabilität der Versorgung ergeben.

4. Sieht die Bundesregierung alle Unklarheiten bezüglich der Einführung der angesprochenen Neuregelung als gelöst?

Wenn nein, welche bestehen noch?

Die Regelungen in § 127 Abs. 2 SGB V sind aus Sicht der Bundesregierung hinreichend klar und können ohne Weiteres umgesetzt werden.

5. Wäre es sinnvoll, möglichst schnell die Übergangszeit nach § 126 Abs. 2 SGB V zu verlängern, wie der Zentralverband Orthopädieschuhtechnik fordert, um nicht von den vertraglichen Realitäten überrollt zu werden?

Wenn nein, warum nicht?

Eine Übergangsfrist bis Ende 2008 wird für die Umstellung auf eine Versorgung durch Vertragspartner grundsätzlich als ausreichend erachtet. Wegen des mit Einzelvereinbarungen verbundenen Aufwands werden die Krankenkassen im eigenen Interesse bemüht sein, erforderliche Rahmenverträge rechtzeitig abzuschließen oder bestehende Verträge fortzuführen.

6. Ist es gewollt, dass einzelne Krankenkassen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V „mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen“ Verträge abschließen, in die ein einzelner Betrieb nur dann beitreten kann, nachdem eine nicht unerhebliche Gebühr gezahlt wurde?

7. Sieht die Bundesregierung zu dem in Frage 6 abgefragten Sachverhalt die Gefahr einer Kartellbildung?

8. Wie kann einer solchen Kartellbildung entgegengewirkt werden?

Antwort zu den Fragen 6 bis 8.

Die Bildung von Leistungsgemeinschaften, Kooperationen, Einkaufsgemeinschaften oder Genossenschaften durch kleine und mittelständische selbständige

Orthopädiebetriebe erfolgt in der Regel mit dem Ziel, die Wettbewerbsfähigkeit dieser Anbieter zu verbessern und ihre Angebotsposition gegenüber den Krankenkassen zu stärken. Kartellrechtlich sind solche Zusammenschlüsse unproblematisch, sofern durch sie nicht der Wettbewerb auf dem Markt wesentlich beeinträchtigt wird. Wenn die genannten Vertragspartner der Krankenkassen (Zusammenschlüsse), die auf unterschiedlichen Marktstufen tätig sind, Entgelte für Leistungen (beispielsweise Vertragsmanagement) erheben oder den Erwerb von Genossenschaftsanteilen zur Voraussetzung von Leistungen machen, die den Mitgliedern gewährt werden, ist dies kartellrechtlich irrelevant, sofern diese Zusammenschlüsse keine marktbeherrschende Stellung haben.

Ob der Abschluss von Verträgen mit derartigen Zusammenschlüssen den sozialversicherungsrechtlichen Vorgaben entspricht, muss jeweils im Einzelfall geprüft werden. Dies obliegt den zuständigen Aufsichtsbehörden oder den Gerichten. In dem in der Vorbemerkung der Fragesteller konkret angesprochenen Fall ist eine aufsichtsrechtliche Überprüfung durch das Bundesversicherungsamt veranlasst worden.

9. Welche Möglichkeiten hat beispielsweise ein einzelner Fachbetrieb, um an dem Versorgungsgeschehen teilnehmen zu können, wenn große Krankenkassen mit großen Verbänden exklusive Verträge schließen?

Nach Auffassung der Bundesregierung dürfen Krankenkassen einzelne Leistungserbringer nicht willkürlich von Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V ausschließen.

10. Wird die gewachsene Struktur der kleinen selbständigen Fachbetriebe durch die Neuregelungen nach Einschätzung der Bundesregierung wahrscheinlich aufgebrochen werden, und werden mehr Berufsverbände, Zusammenschlüsse oder Ketten entstehen?

Ist dies von der Bundesregierung gewollt?

Es ist zu erwarten, dass sich der Hilfsmittelmarkt und die Versorgungsstrukturen aufgrund der Ausschreibungen zumindest in Teilbereichen ändern werden. Effizientere Strukturen, die eine wirtschaftlichere Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln ermöglichen, sind im Interesse der Solidargemeinschaft.

11. Entsteht für findige Unternehmer insofern ein neues Betätigungsfeld, als dass sie Eintrittsgelder und jährliche Gebühren für den Zugang zu Verträgen mit Krankenkassen von einzelnen Fachbetrieben verlangen können?

Ist dies von der Bundesregierung gewollt?

Auf die Antwort zu den Fragen 6 bis 8 wird verwiesen.

12. Müsste es für einzelne Fachbetriebe möglich sein, ohne Diskriminierung Verträgen beizutreten, welche nicht durch Ausschreibungen zustande gekommen sind?

Ist hierfür eine gesetzliche Klarstellung notwendig oder sinnvoll?

Auf die Antwort zu Frage 9 wird verwiesen. Eine gesetzliche Klarstellung wird nicht für erforderlich erachtet.

13. Wird es durch die Neuregelung dazu kommen, dass Versicherte nicht mehr den gewohnten Hilfsmittelbringer ihres Vertrauens aufsuchen können, sondern die Krankenkasse fragen müssen, bei wem sie die Verordnung in Auftrag geben sollen?

Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die an der Versorgung beteiligten Vertragspartner zu informieren. Bis Ende 2008 bleiben auch die bisher zugelassenen Leistungserbringer noch zur Versorgung der Versicherten berechtigt.

Im Falle von Ausschreibungen erfolgt die Versorgung allerdings grundsätzlich durch einen oder mehrere von der Krankenkasse zu benennenden Ausschreibungsgewinner. Die Versorgung muss jedoch in jedem Fall zumutbar sein. Die gesetzlichen Bestimmungen sehen darüber hinaus vor, dass Versicherte bei Ausschreibungen ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer in Anspruch nehmen können, wenn im Einzelfall ein berechtigtes Interesse besteht.

14. Befördert die Neuregelung der Hilfsmittelversorgung die in § 2 Abs. 3 SGB V gebotene Vielfalt der Anbieter, oder wird sie diese reduzieren?

Eine ausreichende Vielfalt der Leistungserbringer wird durch die Neuregelungen nicht in Frage gestellt. Hierauf zu achten, bleibt eine Verpflichtung der Krankenkassen.

15. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über das tatsächliche Ausschreibungs- und Vertragsgeschehen nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V?

Ausschreibungen werden in der Regel im EU-Amtsblatt veröffentlicht; die Veröffentlichungen sind allgemein zugänglich. Ebenso haben die Krankenkassen die Absicht, Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V zu schließen, in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. Die abgeschlossenen Verträge sind der Bundesregierung nicht vorzulegen.

16. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die gesetzlichen Regelungen zur Hilfsmittelversorgung zu verändern?

Die Bundesregierung sieht derzeit keine Notwendigkeit für eine Änderung der gesetzlichen Regelungen zur Hilfsmittelversorgung. Den geäußerten Bedenken muss durch ein vernünftiges Vertragshandeln der Krankenkassen begegnet werden.

