

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 20/5089 –**

Sonderbericht des Bundesamts für Soziale Sicherung über Defizite bei der Hilfsmittelversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Sonderbericht des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) vom 10. Oktober 2022 zeigt große Defizite bei der Hilfsmittelversorgung für gesetzlich Versicherte auf (siehe www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/newsroom/detail/sonderbericht-des-bas-defizite-bei-der-hilfsmittelversorgung-fuer-gesetzlich-versicherte/). Das BAS konstatiert in diesem Bericht, dass sich das wettbewerbsbasierte Vertragsmodell in diesem Bereich nicht bewährt habe und daher abgeschafft werden sollte. Frank Plate, Präsident des BAS, schlägt daher eine Rückkehr zur Zulassung der Leistungserbringer per Verwaltungsakt und landesweit einheitliche Versorgungsverträge vor. Als Fazit beklagt das BAS in dem Sonderbericht, es sei ernüchternd, dass weder das Ziel des Gesetzgebers erreicht sei, mit den Verträgen die Qualität der Versorgung zu verbessern und Aufzählungen der Versicherten zu vermeiden, noch eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung mit Hilfsmitteln gewährleistet sei: „Es konnten keine positiven Effekte durch die vorgegebenen wettbewerblichen Instrumente beobachtet werden.“

Die Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln (zum Beispiel mit Hörgeräten, Prothesen, Inkontinenzhilfen oder Rollstühlen) für betroffene Patientinnen und Patienten sei eine Grundvoraussetzung für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in allen Lebenslagen – insbesondere für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung. Doch die Vorgaben des Gesetzgebers würden nur unzureichend eingehalten. Viele Krankenkassen würden keine strukturierten Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchführen, um die Qualität in der Hilfsmittelversorgung sicherzustellen, und Beratungen würden von vielen Leistungserbringern nur digital angeboten. Zudem fehle eine Transparenz über die geschlossenen Verträge. Trotz Aufforderung durch das Aufsichtsamt vor zwei Jahren gebe es von keiner bundesunmittelbaren Krankenkasse ausreichende Informationen für die Versicherten über die wesentlichen Vertragsinhalte. So könnten die Versicherten nur schwerlich die Leistungsangebote verschiedener Krankenkassen vergleichen.

Das BAS bemängelt außerdem, dass es zahlreiche Beschwerden von Leistungserbringern über Schwierigkeiten bei den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen gebe. So werde immer wieder über Qualitätsdefizite und

rechtswidrige Verhaltensweisen von Krankenkassen im Vertragsverhandlungsgeschäft geklagt, Leistungserbringer werden auf beitriffähige Verträge verwiesen und Krankenkassen ließen keine Verhandlungen zu, wozu sie aber laut BAS verpflichtet seien. Vertragsverhandlungen müssten allen Leistungserbringern offenstehen, und die Krankenkassen dürften dabei keine Auswahlentscheidungen treffen hinsichtlich der Leistungserbringer, mit denen sie in Vertragsverhandlungen treten.

Dem BAS stünden zwar im Rahmen eines aufsichtsrechtlichen Prüfverfahrens keine Möglichkeiten zur Verfügung, unterschiedliche Preisvorstellungen gegeneinander abzuwägen oder Beweiserhebungsverfahren zur Abwägung unterschiedlicher Kalkulationen durchzuführen, dennoch sehe sich das BAS in der Pflicht, „offensichtlich unzureichende Versorgungspauschalen in der Inkontinenzversorgung“ zu beklagen und „im aufsichtsrechtlichen Dialog auf eine Anpassung des Preisniveaus hinzuwirken.“

Die Fraktion DIE LINKE. hat bereits vor fünf Jahren die Ausschreibungspraxis als unerträglich für eine ordnungsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Menschen mit Behinderung oder mit Pflegebedarf kritisiert und deren Abschaffung gefordert (vgl. Abgeordnete Birgit Wöllert, www.linksfraktion.de/parlament/reden/detail/birgit-woellert-ausschreibungspraxis-ist-wurzel-allen-uebels/).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Angesichts des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Zunahme der Zahl der Versicherten, die zur Sicherung des Erfolgs einer medizinischen Behandlung, zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder zum Ausgleich einer bereits bestehenden Behinderung auf Hilfsmittel angewiesen sind, gewinnt die Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Hilfsmittelversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zunehmend an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren die rechtlichen Regelungen für die Hilfsmittelversorgung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erheblich weiterentwickelt. So wurde mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) das Präqualifizierungsverfahren für alle Leistungserbringer, die Hilfsmittel zulasten der GKV abgeben, verpflichtend gemacht. Die Krankenkassen wurden verpflichtet, für mehr Transparenz über die von ihnen geschlossenen Verträge zu sorgen und die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch ihre Vertragspartner zu kontrollieren. Den Leistungserbringern wurden Beratungspflichten gegenüber den Versicherten auferlegt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) erhielt den Auftrag, das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V bis zum 31. Dezember 2018 grundlegend zu überarbeiten und für alle gelisteten Hilfsmittel und die mit ihnen verbundenen Leistungen verbindliche Qualitätsstandards festzulegen, die in den Verträgen zur Hilfsmittelversorgung als Mindestanforderungen zu beachten sind. Außerdem hatte der GKV-SV für die künftige Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses verbindliche Fristen zu fixieren, bis zu denen unter Beteiligung der betroffenen Spitzenorganisationen der Hersteller und Leistungserbringer sowie der Patientenorganisationen die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produktgruppen auf Fortschreibungsbedarf zu überprüfen und ggf. fortzuschreiben sind. Zudem wurden den Krankenkassen mit dem HHVG bei der Vergabe von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich eine stärkere Gewichtung von Qualitätskriterien vorgegeben. Da sich aber zeigte, dass diese Vorgabe nicht ausreichte, um negative Auswirkungen der Ausschreibungen auf die Versorgungsqualität zu verhindern, wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) die Ausschreibungsoption mit einer bis zum 30. November 2019 reichenden Übergangsfrist für nach altem Recht abgeschlossene Verträge aufgehoben. Seitdem ist die Ver-

sorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich durch Verträge nach § 127 Absatz 1 SGB V sicherzustellen, die zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern im Wege von Verhandlungen geschlossen werden. Da aber nicht alle Krankenkassen dem Willen des Gesetzgebers nachkamen, allen interessierten Leistungserbringern Vertragsverhandlungen zu ermöglichen, wurde mit dem Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) vom 28. April 2020 (BGBl. I S. 960) mit § 127 Absatz 1a SGB V ein Schiedsverfahren in den Bereich der Hilfsmittelversorgung eingeführt. Die genannten Maßnahmen haben die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung deutlich gestärkt. Allerdings zeigt der vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) am 10. Oktober 2022 vorgelegte „Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“, dass die veränderten gesetzlichen Vorgaben noch nicht von allen Krankenkassen durchgehend umgesetzt worden sind. Dazu ist grundsätzlich festzustellen, dass die Zuständigkeit für die Rechtsaufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen bei der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde liegt. Dies ist für die bundesunmittelbaren Krankenkassen das BAS. Dieses kündigt im Sonderbericht an, mit den in seinem Zuständigkeitsbereich liegenden Krankenkassen, die die gesetzlichen Vorgaben bisher nicht und nicht in ausreichendem Umfang umgesetzt haben, in den aufsichtsrechtlichen Dialog zu treten (S. 68 ff.). Die Bundesregierung begrüßt die Bestandsaufnahme zur Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen der vergangenen Jahre, die das BAS mit dem Sonderbericht vornimmt. Damit wird eine wichtige Grundlage für die Prüfung weiterer Gesetzgebungsinitiativen der Bundesregierung gelegt.

1. Inwieweit sind der Bundesregierung Beschwerden von Leistungserbringern über Schwierigkeiten bei den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen bekannt?
2. Inwieweit hält die Bundesregierung die vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bemängelte Praxis, dass Krankenkassen einige Leistungserbringer auf beitriffsfähige Verträge verwiesen und keine Verhandlungen zuließen, für hinnehmbar, und falls nein, was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um diesen Zustand zu beenden?

Die Fragen 1 und 2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Beschwerden von Leistungserbringern hinsichtlich des Verwaltungshandelns der gesetzlichen Krankenkassen sind an die zuständige Aufsichtsbehörde zu richten. Im Fall der Nichteinigung in Vertragsverhandlungen wird der streitige Inhalt eines Vertrages zur Hilfsmittelversorgung durch eine Schiedsperson festgelegt. Eine Nichteinigung liegt nach dem Gesetz vor, wenn mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungsweg nachweisen kann. Soweit es zu Beschwerden kommt, dass Krankenkassen entgegen der Rechtslage keine Verhandlungen zulassen, ist es Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörde, auf ein rechtmäßiges Handeln der Krankenkassen hinzuwirken. Um die Aufsichtsbehörden bei dieser Aufgabe zu unterstützen, wurde mit dem MPEUAnpG § 71 Absatz 6 SGB V dahingehend ergänzt, dass Aufsichtsbehörden rechtswidrige Verträge über die Hilfsmittelversorgung beenden und den Vollzug solcher Verträge verhindern können. Zudem können die Aufsichtsbehörden seither schon vor Vertragsabschluss durch besondere Aufsichtsmittel Krankenkassen verpflichten, Vertragsverhandlungen mit allen interessierten Leistungserbringern aufzunehmen. Vor diesem Hintergrund sieht die Bundesregierung in diesen Bereich derzeit keinen Grund für zusätzliche gesetzliche Regelungen. Auch im Sonderbericht des BAS werden keine diesbezüglichen Vorschläge gemacht.

Im Übrigen findet zwischen dem BAS und dem BMG ein regelmäßiger Austausch statt.

3. Stimmt die Bundesregierung der Ansicht des BAS zu, dass die Krankenkassen es an der Transparenz über die geschlossenen Verträge fehlen lassen?
4. Ist der Bundesregierung bekannt, dass – wie in dem Sonderbericht des BAS geschildert – trotz Aufforderung durch das Aufsichtsamt vor zwei Jahren keine bundesunmittelbare Krankenkasse ausreichende Informationen für die Versicherten über die wesentlichen Vertragsinhalte bietet und die Versicherten so nur schwerlich die Leistungsangebote verschiedener Krankenkassen vergleichen können?

Die Fragen 3 und 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In Folge der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) erfolgten Ablösung einer kassenübergreifenden Zulassung von Hilfsmittelerbringern durch ein Vertragssystem trifft die einzelne Krankenkasse eine gesteigerte Pflicht zur Information ihrer Versicherten über das jeweils bestehende Leistungsangebot. Zur Stärkung der Patientensouveränität wurde mit dem HHVG die gesetzliche Informationspflicht der Krankenkassen ausgeweitet. Die bis dahin nur auf Nachfrage von Versicherten zur Verfügung zu stellende Information über wesentliche Vertragsinhalte hat seither regelhaft zu erfolgen und ist im Internet auch den Versicherten anderer Krankenkassen zugänglich zu machen. Das BAS schlägt aufgrund der im Sonderbericht dargestellten unzureichenden Umsetzung vor, den Rechtsbegriff der „wesentlichen Vertragsinhalte“ zu konkretisieren und festzulegen, wie die Krankenkassen ihrer Informationspflicht nachzukommen haben (S. 71 f.). Die Bundesregierung wird diesen Vorschlag prüfen.

5. Inwieweit ist die Bundesregierung darüber informiert, dass laut BAS-Sonderbericht nicht alle Krankenkassen über eine ausreichende Anzahl an Verträgen verfügen, und was gedenkt die Bundesregierung hiergegen zu unternehmen?

Im Sonderbericht stellt das BAS fest, dass die Abgabe von rund einem Drittel der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Hilfsmittel nicht über Verträge nach § 127 Absatz 1 SGB V, sondern auf der Grundlage von Vereinbarungen nach § 127 Absatz 3 SGB V erfolgt, die die Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern schließen. Das BAS kritisiert, dass dadurch der vom Gesetzgeber gewollte Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern ausgehöhlt werde. Das BAS hatte bereits in seinem Tätigkeitsbericht 2020 dargelegt, dass es Beschwerden hinsichtlich einer nicht ausreichenden Flächendeckung der von den Krankenkassen geschlossenen Verträge nach § 127 Absatz 1 SGB V gebe und in diesem Zusammenhang auch die Abfrage unter den bundesunmittelbaren Krankenkassen angekündigt, die die Grundlage des nun vorliegenden Sonderberichts bildet. Insoweit war die Bundesregierung über Thematik und Fragestellung im Vorhinein informiert. Einzelverträge sind nur dann zulässig, wenn der Aufwand für den Abschluss eines Vertrages nach § 127 Absatz 1 SGB V wirtschaftlich nicht zweckmäßig wäre. Die Prüfung, ob bei den von den Krankenkassen abgeschlossenen Vereinbarungen diese Voraussetzungen vorliegen, ist Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörde. Das BAS kündigt daher in seinem Sonderbericht auch an, mit jeder Krankenkasse in seinem Zuständigkeitsbereich in den aufsichtsrechtlichen Dialog zu treten, um darauf hinzuwirken,

dass die Anzahl der Hilfsmittelverträge nach § 127 Absatz 1 SGB V erhöht wird (S. 69). Die Ergebnisse dieses Prozesses sind abzuwarten, bevor ggf. gesetzliche Änderungen geprüft werden.

6. Inwieweit ist der Bundesregierung die Kritik des BAS bekannt, dass viele Krankenkassen keine strukturierten Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durchführen, um die Qualität in der Hilfsmittelversorgung sicherzustellen, und was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um die Qualität der Hilfsmittel im Sinne der Betroffenen zu verbessern?

Mit dem HHVG im Jahr 2017 wurden die Krankenkassen verpflichtet, die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer durch die Auffälligkeitsprüfung und die Stichprobenprüfung zu überwachen. Zudem erhielt der GKV-SV den Auftrag, Rahmenempfehlungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen in den jeweiligen Produktgruppen, zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind, abzugeben. Diesem Auftrag ist der GKV-SV mit den „Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung“ vom 26. Juni 2017 nachgekommen. Das BAS kommt in seinem Sonderbericht zu dem Fazit, dass nicht alle Krankenkassen die Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen strukturiert durchführen würden. Das BAS kündigt an, mit den Krankenkassen in den aufsichtsrechtlichen Dialog zu treten, um die Durchführung von Auffälligkeits- und Stichprobenuntersuchungen sicherzustellen. Die Umsetzung der gesetzlichen Pflicht will das BAS begleiten (S. 69). Ferner schlägt das BAS vor, die Rahmenempfehlungen des GKV-SV hinsichtlich der Art und Weise und der Durchführungen der Prüfungen, der Stichprobengröße und des Prüfrhythmus zu konkretisieren. Die Bundesregierung wird diesen Vorschlag prüfen.

7. Inwieweit ist der Bundesregierung die Kritik des BAS bekannt, dass Beratungen von vielen Leistungserbringern nur digital angeboten werden, und was plant die Bundesregierung, um die Qualität der Beratung zu verbessern?

Der Anspruch auf Hilfsmittel umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die Anleitung zu ihrem Gebrauch. Diese Leistungen sind in den Verträgen zur Hilfsmittelversorgung sicherzustellen. Das BAS schlägt vor gesetzlich klarzustellen, dass Versicherte auf Wunsch eine persönliche Beratung in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers oder in ihrer Häuslichkeit erhalten und lediglich auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten auf diese Art der persönlichen Beratung des Versicherten verzichtet werden kann. Das BAS begründet diesen Vorschlag mit der Erfahrung aus der Aufsichtspraxis, dass einzelne Hilfsmittelerbringer lediglich digitale Beratungsangebote mittels eines Benutzerhandbuchs oder ausschließlich durch Web-Tutorials anbieten würden. Die Bundesregierung wird diesen Vorschlag prüfen. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass der Bedarf nach Einweisung je nach Produktart und Versichertengruppe variiert.

8. Inwieweit teilt die Bundesregierung die Einschätzung des BAS, dass die Hauptursache für die genannten Defizite in der Hilfsmittelversorgung das wettbewerbsbasierte Vertragsmodell ist und dass sich dieses Modell in der Hilfsmittelversorgung nicht bewährt hat?
9. Wird die Bundesregierung die Vorschläge des BAS aufgreifen und eine Rückkehr zur Zulassung der Leistungserbringer per Verwaltungsakt und landesweit einheitlichen Versorgungsverträgen anstreben?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung begrüßt die Vorlage des „Sonderberichts über die Qualität der Hilfsmittelversorgung“ durch das BAS. Damit wird ein wichtiger Impuls für eine Diskussion über die Situation und mögliche Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der GKV gesetzt. Das BMG wird den bereits aufgenommenen Dialog mit Krankenkassen- und Leistungserbringerverbänden sowie Patientenorganisationen zum Stand und zur Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung fortsetzen. In diesem Prozess stehen neben den einzelnen Regelungsvorschlägen des BAS auch die aufgeworfenen grundsätzlichen Fragen zur Organisation der Hilfsmittelversorgung auf der Tagesordnung. Angaben zu den voraussichtlichen Ergebnissen dieses Prozesses lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht machen.

