

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Corinna Rüffer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 18/5311 –**

### **Auswirkungen der Hilfsmittelausschreibung durch die Krankenkassen nach § 127 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) haben die Krankenkassen seit dem Jahr 2009 (Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Hilfsmittelbereich, GKV-OrgWG, 1. Januar 2009) die Möglichkeit, nach § 127 Absatz 1 SGB V über den Weg der Ausschreibung mit Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Verträge zur Hilfsmittelversorgung abzuschließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstigen erforderlichen Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Ebenso gelten die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Qualitätskriterien für die Versorgung mit Produkten. Außerdem ist die Anwendungsempfehlung des Gesetzes für Ausschreibungen zu beachten, die unter anderem bei dienstleistungsintensiven Produkten eine Zweckmäßigkeit der Ausschreibung infrage stellt.

Mit Einführung dieser gesetzlichen Regelung ist der Anteil der Hilfsmittel, den Krankenkassen über Ausschreibungsverfahren beziehen, deutlich angestiegen. Damit einher geht ebenfalls eine Zunahme an Beschwerden über die mangelnde Qualität einiger Produkte. Sowohl durch Patientinnen bzw. Patienten und pflegende Angehörige als auch durch Prüfungen des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung; vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Dezember 2014: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A Abs. 6 SGB XI, S. 28 ff.) wurden Qualitätseinbußen in der Hilfsmittelversorgung festgestellt und dokumentiert. Die Beschwerden beziehen sich auf qualitativ minderwertige Hilfsmittel, die den Patientinnen bzw. Patienten häufig unkoordiniert und nicht termingerecht von verschiedenen Leistungserbringern aus dem gesamten Bundesgebiet geliefert werden. Beispielsweise kommt der Badewannenlifter von einer Firma aus Dortmund, der Toilettenstuhl aus Sigmaringen, das Inkontinenzmaterial aus Berlin und das Pflegebett aus Gütersloh etc. Je mehr Hilfsmittel ausgeschrieben werden, desto höher

wird die Anzahl der verschiedenen Leistungserbringer, die einen einzelnen Patienten beliefern.

Aufgrund der großen Distanzen kommen die Lieferungen der Hilfsmittel größtenteils über den Versandweg in den Haushalt der Patientinnen bzw. Patienten. Wie von den einschlägigen Selbsthilfeverbänden berichtet wird, erfolgen die nach § 127 Absatz 1 SGB V erforderliche Beratung und Einweisung häufig nicht in ausreichendem Maße oder finden lediglich am Telefon statt. Auch notwendige Anpassungen oder Reparaturen der Produkte werden aus ökonomischen Gründen teilweise unterlassen, so dass elementare Serviceleistungen auf der Strecke bleiben. Die Überprüfung der Ergebnisqualität durch die Krankenkassen erfolgt viel zu selten (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen – BAG SELBSTHILFE – e. V., [www.bag-selbsthilfe.de/news/items/rehacare-2013.html](http://www.bag-selbsthilfe.de/news/items/rehacare-2013.html), Zugriff: 10. Juni 2015).

Weitere Problemanzeigen beziehen sich darauf, dass sich durch die bundesweite Ausschreibungspraxis einiger Krankenkassen jahrelang gewachsene und erprobte, regionale Versorgungsstrukturen auflösen und es zu Leistungs-, Service- und Qualitätsverlusten für die Patientinnen und Patienten kommt. Damit könnten die Versorger vor Ort ihr Dienstleistungsangebot, wie Notdienste, Beratungen, Reparaturen und andere Serviceleistungen, aus Rentabilitätsgründen nicht mehr aufrechterhalten (vgl. Qualitätsverbund Hilfsmittel e. V.).

Aufgrund der niedrigen Preise, die Ausschreibungsgewinner für ihre Produkte ansetzen, könne oft der geforderte Qualitätsanspruch für Hilfsmittel nicht mehr gewährleistet werden. Für die Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige ergebe sich daraus die Konsequenz, die Mehrkosten für ein qualitativ annehmbares Produkt aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Berichte zu Qualitätsmängeln bei der Inkontinenzversorgung deuten in diese Richtung (vgl. Ackeren van, Margarete: Wenn die Kasse knausert. Focus Online, 6. Juni 2015).

Neben diesen Mängeln bei der Qualität berichten Versicherte auch immer wieder davon, dass bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, wie Windeln, die gelieferte Menge nicht bedarfsdeckend ist. Auch hier seien Lieferanten oft nur dann zur Abhilfe bereit, wenn zusätzliche Hilfsmittel mit Aufzahlung oder vollständig privat bezahlt würden. Vonseiten einiger Krankenkassen, die diese Ausschreibungspraxis vorantreiben, zeige sich bisher zu wenig Einsicht hinsichtlich der Problemlagen für die Patientinnen und Patienten. Berichtet wird ferner, dass einige Krankenkassen auf Kostenübernahmeanträge grundsätzlich zuerst mit Ablehnung reagieren. Bei den dann notwendigen Widerspruchsverfahren der Antragsteller greift die in § 13 Absatz 3a SGB V vorgesehene Fristenhaltung von drei Wochen nach Antragseingang nicht. Damit gewinnt der Kostenträger drei Monate, die Patientinnen und Patienten verlieren dagegen Zeit, in der sie Einbußen in ihrer Versorgungs- und Lebensqualität hinnehmen müssen (vgl. Perspektive Homecare, 11/2013, [www.perspektive-homecare.de/download/download-aphomecare-nadelschau-mit-nadelstich](http://www.perspektive-homecare.de/download/download-aphomecare-nadelschau-mit-nadelstich), Zugriff: 10. Juni 2015).

Auch der Einsatz von externen Hilfsmittelberatern hat nach Berichten von Versicherten teilweise den Zweck, formularmäßig mit immer gleichem Muster Ablehnungen zu formulieren, und nicht, Hilfestellungen bei komplexen Versorgungsbedarfen bereitzustellen. Ferner stellt sich hier die Problematik, dass dieses Vorgehen als datenschutzrechtlich unzulässig angesehen werden muss (Brief des Datenschutzbeauftragten vom 18. Juli 2013). Es stellt sich ferner die Frage, weswegen hier eine Aufgabe des MDK extern ohne Rechtsgrundlage vergeben und diese Tätigkeit durch Versichertengelder finanziert wird. Gerade im Bereich der seltenen Erkrankungen, aber auch in anderen Bereichen der Hilfsmittelversorgung stehen zudem Erfahrungen und Kenntnisse der Selbsthilfe über die Erkrankung und die Hilfsmittelversorgung zur Verfügung, die noch unzureichend vom MDK und den Krankenkassen genutzt werden.

Als ein weiteres Problem wird die häufig unzureichende Information der Patientinnen und Patienten durch die gesetzlichen Krankenkassen benannt: Zwar sind diese verpflichtet, ihren Mitgliedern aktuelle Vertragspartner zu nennen

und auf Nachfrage über Vertragsinhalte zu informieren. In der Praxis zeige sich jedoch, dass manche Krankenkassen dieser Informationspflicht nur sehr schleppend nachkommen. Eine Rückmeldung zur Versorgungsqualität ohne die notwendigen Informationen zu den Vertragsinhalten ist so für Versicherte kaum möglich.

#### Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008 wurden die Voraussetzungen verändert, die Leistungserbringer erfüllen müssen, um Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit Hilfsmitteln versorgen zu können. Bis dahin konnten alle zugelassenen Leistungserbringer Hilfsmittel zulasten der Krankenkassen abgeben. Seit dem 1. Januar 2010 sind nur noch solche Leistungserbringer versorgungsberechtigt, die einen Vertrag mit der Kasse des jeweiligen Versicherten unterhalten. Die Verträge kommen entweder

- im Wege der Ausschreibung (§ 127 Absatz 1 SGB V) oder
- durch reguläre Verhandlungen, sog. Verhandlungsverträge (§ 127 Absatz 2 SGB V) oder
- zur Vermeidung von Versorgungslücken durch Vereinbarungen im Einzelfall (§ 127 Absatz 3 SGB V)

zustande.

Mit dem GKV-WSG wurde vorgegeben, dass die Versorgungsverträge vorrangig im Wege der öffentlichen Ausschreibung abzuschließen sind. Mit der Ablösung des Zulassungs- durch das Vertragsprinzip und der Einführung des Ausschreibungsverfahrens hat der Gesetzgeber die wettbewerbliche Ausrichtung des Hilfsmittelbereichs gestärkt. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass die im Hilfsmittelbereich vorhandenen Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden müssen, um den mit dem demografischen Wandel steigenden Leistungsbedarf ohne Einschränkungen und unzumutbare Belastungen für die Versicherten bewältigen zu können. Dabei war es stets erklärte Absicht des Gesetzgebers, dass die mit dem Vertragsprinzip und den Ausschreibungen verbundenen Kosteneinsparungen nicht zulasten der Versorgungsqualität gehen. Vertragspartner der Krankenkassen können daher nur solche Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine „ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“ erfüllen (§ 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Ausdrücklich festgelegt wurde, dass für individuell hergestellte Hilfsmittel und Versorgungsleistungen mit hohem Dienstleistungsanteil Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig sind.

Mit dem GKV-OrgWG wurden im Interesse sowohl der Versicherten als auch der Leistungserbringer – insbesondere kleiner und mittelständischer Unternehmen – einzelne Vorschriften zur Hilfsmittelversorgung weiterentwickelt. So wurde das Ausschreibungsgebot in eine Kann-Vorschrift umgewandelt. Die Krankenkassen können selbst entscheiden, welches Vergabeverfahren zum Abschluss selektiver Hilfsmittelverträge sie einsetzen. Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene wurde mit § 127 Absatz 1a SGB V aufgegeben, gemeinsame Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen abzugeben, die den Krankenkassen als Orientierungshilfe bei der Entscheidung über die Durchführung von Ausschreibungen dienen sollen. Zudem wurde ein Beitrittsrecht zu ausgehandelten Verträgen eingeführt. Leistungserbringer können zu den gleichen Bedingungen bestehenden Verträgen beitreten. Weiter wurde mit § 126 Absatz 1a

SGB V die Rechtsgrundlage für ein Präqualifizierungsverfahren geschaffen, in dem die Leistungserbringer unabhängig von einer konkreten Ausschreibung oder Vertragsverhandlungen ihre Fachkunde und Leistungsfähigkeit vorab nachweisen können. So wird vermieden, dass sie vor jedem Vertragsabschluss erneut eine Eignungsprüfung durchlaufen müssen.

Durch das Vertragsprinzip können die Versicherten die von ihnen benötigten Hilfsmittel nur über einen Vertragspartner ihrer Krankenkasse beziehen. Im Falle von Ausschreibungen hat die Versorgung der Versicherten grundsätzlich durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Ausschreibungsgewinner zu erfolgen. 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. Bei den Verhandlungsverträgen können sich die Versicherten zwischen verschiedenen Leistungserbringern entscheiden, da die Kassen hier keine Auswahl unter den Anbietern vornehmen und auch andere qualifizierte Leistungserbringer dem Vertrag zu gleichen Bedingungen beitreten können. Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel weder Ausschreibungen durchgeführt wurden noch Verhandlungsverträge bestehen oder die Versicherten auf dieser Grundlage nicht in zumutbarer Weise versorgt werden können, muss die Krankenkasse einen Einzelvertrag mit einem geeigneten Leistungserbringer abschließen, auf dessen Grundlage die Versorgung dann erfolgt. Sie kann vorher auch Preisangebote bei anderen Leistungserbringern einholen.

Unabhängig davon, auf welchem Wege die Verträge geschlossen werden, müssen die Krankenkassen die notwendige Qualität der Versorgung im Vertragsgeschehen sicherstellen. Dabei sind die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte stets zu beachten. Im Fall von Ausschreibungen sind die Krankenkassen gemäß § 127 Absatz 1 Satz 2 ausdrücklich verpflichtet, neben der Qualität der Hilfsmittel auch die notwendigen Beratungs- und sonstigen Dienstleistungen sicherzustellen und für eine zeit- und wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Damit soll verhindert werden, dass die mit den Ausschreibungen angestrebten Preisvorteile zu Lasten der Qualität und Praktikabilität der Versorgung gehen. Die Krankenkassen müssen diesen Vorgaben durch die Festlegung geeigneter Ausschreibungsbedingungen, einschließlich einer sachgerechten Aufteilung in Lose, Rechnung tragen. Ferner wird auch der individuelle Versorgungsanspruch der Versicherten durch Ausschreibungen nicht eingeschränkt. Maßgeblich bleibt weiterhin der im Einzelfall festgestellte Bedarf. Die Krankenkassen schulden ihren Versicherten eine sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Hilfsmittelversorgung in den letzten Jahren erhebliche Zuwachsraten aufwies, die deutlich über den durchschnittlichen Anstieg der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgingen. So sind die Hilfsmittelausgaben allein vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2014 von 6,46 auf 7,44 Mrd. Euro und damit um knapp 1 Mrd. Euro gestiegen.

Die Bundesregierung wird die Verfahren weiterhin beobachten und gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge vorlegen.

## Information der Versicherten

1. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Information der Versicherten durch die gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich der Vertragsinhalte bei der Hilfsmittelversorgung?

Gemäß § 127 Absatz 5 SGB V haben die Krankenkassen ihre Versicherten über die an der Versorgung beteiligten Vertragspartner und auf Nachfrage auch über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Aus Praktikabilitätsgründen sind Krankenkassen dazu übergegangen, die Hilfsmittelverträge vollständig im Internet zu veröffentlichen.

2. In welcher Weise wird eine flächendeckende unabhängige Information der Versicherten im Bereich der Hilfsmittelversorgung sichergestellt?

Eine flächendeckende, unabhängige Information der Versicherten wird insbesondere von den Sozial- und Behindertenverbänden, den Verbraucherzentralen sowie von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) angeboten. Weiterhin sieht die Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vor, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Versicherten – soweit im Einzelfall nötig – auf die in dieser Richtlinie genannten Regelungen hinweisen soll. Sollen Hilfsmittel als Leistung zur medizinischen Rehabilitation verordnet werden, beraten die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sowie die Krankenkassen die Versicherten über Leistungen zur Teilhabe und weisen auf die Möglichkeit der trägerübergreifenden Beratung hin.

## Daten zum Umfang der Ausschreibungen

3. Ist der Bundesregierung bekannt, in welchem Umfang die Krankenkassen Hilfsmittel über Hilfsmittelausschreibungen beziehen (bitte nach Prozentanteil je Hilfsmittelproduktgruppe und Krankenkasse differenzieren)?

Das Portal des MTD-Verlages ([www.medizinprodukte-ausschreibungen.de](http://www.medizinprodukte-ausschreibungen.de)) bietet jeden Monat durchschnittlich sechs neue Vertragsabsichten und drei Ausschreibungen im Hilfsmittelsektor. Die Ausschreibungen der Krankenkassen betreffen meistens die Produktgruppen 09 „Elektrostimulationsgeräte“, 14 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“ sowie 15 „Inkontinenzhilfen“. Aber auch die Produktgruppen 04 „Badehilfen“, 10 „Gehhilfen“ und 18 „Kranken- und Behindertenfahrzeuge“ sind vertreten. Das Finanzvolumen der Ausschreibungen im AOK-System und bei den Ersatzkassen beträgt geschätzt zwischen 5 und 10 Prozent am gesamten Ausgabevolumen für Hilfsmittel. Die übrigen Krankenkassen führen kaum Ausschreibungen durch. Bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfen entfallen 75,4 Prozent des Ausgabevolumens auf Verhandlungsverträge, 17,7 Prozent auf Ausschreibungen und 6,9 Prozent auf Verträge zum Festbetrag (Quelle: BVMed, Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel, 2015, S. 11). Angaben zu anderen Produktgruppen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Daten zu Beschwerden bei der Hilfsmittelversorgung

4. Sind der Bundesregierung Fallzahlen über Beschwerden mit der Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen aus den letzten fünf Jahren (2009 bis 2014) bekannt?

Aus der ab dem Jahr 2011 mit belastbaren Zahlen geführten Datenbank des die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen führenden Bundesversicherungsamts (BVA) ergeben sich folgende Eingabezahlen:

Tabelle: Fallzahlen über Beschwerden beim Bundesversicherungsamt

	Eingaben Hilfsmittel			Eingaben gesamt			Anteil Eingaben Hilfsmittel
	Ersatzkassen	übrige Kassen	gesamt	Ersatzkassen	übrige Kassen	gesamt	
2011	134	156	290	1 972	1 757	3 729	7,78 %
2012	158	113	271	1 841	1 501	3 342	8,11 %
2013	119	89	208	1 584	1 260	2 844	7,31 %
2014	97	91	188	1 388	1 098	2 486	7,56 %

5. Sind der Bundesregierung Zahlen bekannt, bei wie vielen der eingegangenen Beschwerden von den gesetzlichen Krankenkassen ein Beschwerdemanagement durchgeführt wurde?

Der Bundesregierung wie auch dem BVA als aufsichtführende Behörde liegen hierzu keine gesicherten Erkenntnisse vor.

6. Sind der Bundesregierung Fallzahlen über Beschwerden mit der Hilfsmittelversorgung bei der privaten Krankenversicherung aus den letzten fünf Jahren (2009 bis 2014) bekannt?

Der Bundesregierung liegen keine Fallzahlen über Beschwerden mit der Hilfsmittelversorgung in der privaten Krankenversicherung (PKV) vor. Neben dem Einreichen einer Beschwerde beim eigenen Krankenversicherer steht einer privat versicherten Person zusätzlich die Möglichkeit offen, Beschwerden an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung sowie an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) zu richten. In der jährlich erscheinenden Statistik über Beschwerden zu Versicherungsunternehmen differenziert die BaFin nicht nach Art der Leistungen, die von privaten Krankenversicherungsunternehmen erbracht werden. Eine Aussage über die Zahl der Beschwerden zur Versorgung mit Hilfsmitteln, die bei der BaFin in den letzten fünf Jahren eingegangen ist, ist daher nicht möglich. Beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung sind in den Jahren 2009 bis 2014 folgende Fallzahlen über Beschwerden im Zusammenhang mit einer Hilfsmittelversorgung eingegangen:

Tabelle: Fallzahlen über Beschwerden beim Obudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

<b>Jahr</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Beschwerden im Bereich der Hilfsmittelversorgung	95	109	122	92	106	176
Beschwerden insgesamt	3 774	4 007	4 016	3 905	3 479	3 464

7. Sind der Bundesregierung Zahlen der privaten Krankenkassen bekannt, bei wie vielen Beschwerden zur Hilfsmittelversorgung ein Beschwerdemanagement durchgeführt wurde?

Der Bundesregierung sind keine Zahlen der privaten Krankenversicherungsunternehmen bekannt, bei wie vielen Beschwerden zur Hilfsmittelversorgung ein Beschwerdemanagement durchgeführt wurde. Das Einrichten eines Beschwerdemanagements liegt im Ermessen der einzelnen Krankenversicherungsunternehmen. Auf das bestehende Schlichtungsverfahren beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung und die Antwort zu Frage 6 wird verwiesen.

#### Daten zu Fristverletzungen und Kostenerstattungen

8. Sind der Bundesregierung Fallzahlen bekannt, nach denen die gesetzlichen Krankenkassen Genehmigungsfristen nach § 13 Absatz 3a SGB V nicht eingehalten haben (bitte differenzierte Darstellung für den Zeitraum der letzten fünf Jahre, d. h. 2009 bis 2014)?

Da das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), mit dem § 13 Absatz 3a SGB V eingefügt wurde, zum 26. Februar 2013 in Kraft getreten ist, können sich Fallzahlen naturgemäß nur auf den Zeitraum seit diesem Tag beziehen. Diese liegen der Bundesregierung derzeit aber noch nicht vor. Gemäß § 13 Absatz 3a Satz 8 SGB V berichten die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Die Statistik wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen erst Anfang August 2015 vollständig plausibilisiert vorliegen.

9. Ist der Bundesregierung bekannt, wie die Fristüberschreitungen von den gesetzlichen Krankenkassen überwiegend begründet wurden (bitte Angabe der häufigsten Begründungen)?

Auf die Antwort zu Frage 8 wird verwiesen.

10. Sind der Bundesregierung Fallzahlen bekannt, aus denen hervorgeht, wie oft die gesetzlichen Krankenkassen nach Überschreitung der Genehmigungsfristen nach § 13 Absatz 3a SGB V eine Kostenerstattung geleistet haben (bitte differenzierte Darstellung für den Zeitraum der letzten fünf Jahre, d. h. 2009 bis 2014)?

Auf die Antwort zu Frage 8 wird verwiesen.

## Daten zur Ablehnung von Hilfsmittelanträgen

11. Sind der Bundesregierung die Gründe bekannt, warum gesetzliche Krankenkassen Anträge auf Hilfsmittelversorgung abgelehnt haben?

Falls ja, welche Ablehnungsgründe wurden besonders häufig angeführt?

Zur Häufigkeit bestimmter Ablehnungsgründe liegen der Bundesregierung keine gesicherten Erkenntnisse vor. Das BVA weist darauf hin, dass Versicherte, die sich mit einem Anliegen zur Hilfsmittelversorgung an das BVA wenden, des Öfteren verlangen, dass ihre Krankenkasse die Mehrkosten übernimmt, die durch eine Versorgung mit Aufzahlung entstehen.

12. Liegen der Bundesregierung Zahlen vor, wie viele Widersprüche gegen abgelehnte Anträge auf Hilfsmittelversorgung in den letzten fünf Jahren (2009 bis 2014) gestellt wurden?

Entsprechende Fallzahlen liegen nicht vor, da das BVA bei der statistischen Erfassung der Widersprüche grundsätzlich keine Differenzierung nach Versorgungsbereichen vornimmt.

## Ausschreibungsverfahren

13. Erwägt die Bundesregierung, Dumpingeffekte bei Ausschreibungsverfahren für Hilfsmittel durch Loslimitierungen und die Begrenzung gleicher Leistungserbringer für mehrere Ausschreibungen einzudämmen?

Wenn nein, plant die Bundesregierung andere Maßnahmen?

§ 69 Absatz 2 SGB V gibt für die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern die entsprechende Anwendung bestimmter Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) vor. Dies gilt nicht für Verträge oder sonstige Vereinbarungen von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern oder deren Verbänden, zu deren Abschluss die Kassenseite gesetzlich verpflichtet ist. Dies bedeutet, dass in den Fällen, in denen Krankenkassen selektiv Verträge mit den Leistungserbringern schließen, die Vergaberechtsvorschriften des GWB zur Anwendung kommen. Diese enthalten diverse Vorgaben zum Schutze kleiner und mittelständischer Unternehmen. So sind die Leistungen in Teil- oder Fachlosen auszuschreiben. Eine Einbeziehung von regionalen Unternehmen kann durch das Gebot der Wohnortnähe des § 127 Absatz 1 Satz 2 SGB V erfolgen, welches in der Praxis zur Bildung sogenannter Gebietslose führt. Diese geben dem Ausschreibungsgewinner das Recht während der Laufzeit des Vertrages alle Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet des Loses zu versorgen. Der Bieter hat jedoch weder einen Anspruch auf einen Loszuschnitt, der ihm ein Angebot auf jedes der Lose ermöglicht, noch einen Anspruch darauf, dass jedem Bieter im Wege der Loslimitierung nur begrenzt Lose zugeteilt werden. Ob über die derzeitigen Vorschriften des Vergaberechts und des SGB V hinaus weitere gesetzliche Vorgaben erforderlich sind, wird die Bundesregierung prüfen.

## Aufzahlungen

14. Wie bewertet die Bundesregierung die aktuelle Entwicklung der Zunahme von privat geleisteten Aufzahlungen durch Patientinnen und Patienten vor

dem Hintergrund des Sachleistungsgrundsatzes der gesetzlichen Krankenversicherung?

15. Plant die Bundesregierung, die weiter ansteigenden privaten Aufzahlungen bei der Hilfsmittelversorgung einzudämmen, und wenn ja, mit welchen Maßnahmen?

Die Fragen 14 und 15 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine validen Erkenntnisse über eine generelle Zunahme von Aufzahlungen bei der Hilfsmittelversorgung vor. Grundsätzlich gilt auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung das Sachleistungsprinzip. Die Versicherten haben gemäß § 33 SGB V einen 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. Für die medizinisch notwendige Versorgung dürfen weder Krankenkassen noch Leistungserbringer von den Versicherten – abgesehen von den gesetzlichen Zuzahlungen – eine Eigenbeteiligung verlangen. Allerdings haben Versicherte auf Grundlage der Mehrkostenregelung nach § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V die Möglichkeit, sich gegen entsprechende Aufzahlung für eine aufwändigere Versorgung mit Hilfsmitteln, die über das medizinisch Notwendige hinausgeht, zu entscheiden. In diesen Fällen sind nicht nur die zusätzlichen Anschaffungskosten, sondern auch etwaige höhere Folgekosten von den Versicherten zu tragen. Voraussetzung ist in jedem Fall aber, dass das ausgewählte Produkt geeignet und damit eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung gewährleistet ist. Versicherte müssen etwaige Mehrkosten auch dann tragen, wenn sie sich im Falle von Ausschreibungen aufgrund eines berechtigten Interesses von einem anderen Leistungserbringer versorgen lassen, obwohl durch den von der Krankenkasse benannten Ausschreibungsgewinner eine Versorgung in zumutbarer Weise möglich wäre. Dem Anliegen der Versicherten steht in diesen Fällen das berechnete Interesse der Solidargemeinschaft an einer möglichst wirtschaftlichen Erbringung notwendiger Leistungen gegenüber.

#### Kostenübernahme

16. Wie sollte nach Auffassung der Bundesregierung die Genehmigungspraxis bei den gesetzlichen Krankenkassen verbessert werden, die Hilfsmittelanträge überwiegend ablehnend bescheiden?
17. Welche Verantwortung der Selbstverwaltung für eine patientenorientierte Genehmigungspraxis der Krankenkassen sieht die Bundesregierung?

Die Fragen 16 und 17 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Daten zur Ablehnung von Hilfsmittelanträgen durch Krankenkassen vor. Allerdings deutet die Ausgabenentwicklung der GKV nicht auf eine restriktive Genehmigungspraxis durch die Krankenkassen hin. Die Ausgaben für die Hilfsmittelversorgung sind vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2014 von 6,46 Mrd. Euro auf 7,44 Mrd. Euro gestiegen, was einem Anstieg um 15,17 Prozent entspricht. Im Übrigen können Versicherte, die mit einer Ent-

scheidung ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind, Widerspruch gegen diese einlegen. Wird der Widerspruch abgelehnt, kann Klage beim Sozialgericht erhoben werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Entscheidung der Krankenkassen von der zuständigen Aufsichtsbehörde prüfen zu lassen.

#### Kalkulation der Leistungserbringer

18. Wie bewertet die Bundesregierung die Ausschreibungspraxis einiger Krankenkassen, die auf der Basis von zu niedrig kalkulierten Preisen für Hilfsmittel und Dienstleistungen nicht die notwendigen Qualitätsansprüche erfüllen, woraus eine Gefährdung der Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten entstehen könnte?
19. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass sich einige Leistungserbringer offenbar nicht in der Lage sehen, zum vorgegebenen Festpreis die individuell benötigte Menge an zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln zu liefern?
20. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um sicherzustellen, dass die gesetzlichen Vorgaben für die Qualität der Hilfsmittelversorgung von allen gesetzlichen Krankenkassen umgesetzt werden können?

Die Fragen 18 bis 20 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen von Ausschreibungen werden von den Krankenkassen die erwarteten vertraglichen Leistungen umfassend beschrieben, so dass die Bieter die künftigen Vertragspflichten kennen und insofern ihre Angebotspreise kalkulieren können. Da auch bei Ausschreibungsverträgen im Hilfsmittelbereich feste Preise vereinbart werden, können sich die Ausschreibungsgewinner später nicht darauf berufen, dass die Vergütungen nicht auskömmlich seien. Leistung und Gegenleistung sind wie vertraglich vereinbart zu erbringen. Die Krankenkassen haben nach § 70 SGB V die Verpflichtung, die Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen. Um die Ergebnisqualität sicherzustellen, bedarf es daher einer intensiven und systematischen Prüfung, ob die Hilfsmittelversorgungen auch tatsächlich vertragskonform durchgeführt werden. Ob über die bestehenden Vorschriften hinaus ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, wird die Bundesregierung prüfen.

#### Komplexe Versorgungsbedarfe

21. Welche konkreten Maßnahmen plant die Bundesregierung zu ergreifen, um für Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen oder notwendiger individueller Anpassung sicherzustellen, dass sie die ihnen zustehenden Hilfsmittel in dem vorgesehenen Umfang und Zeitrahmen sowie der notwendigen Qualität und mit der erforderlichen Beratung, Anpassung und Einweisung geliefert bekommen?

Der Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V umfasst nicht nur die Lieferung des Produkts, sondern auch die notwendigen Begleitleistungen. Deshalb haben die Krankenkassen nach § 127 Absatz 1 Satz 2 SGB V mit den von ihnen abgeschlossenen Versorgungsverträgen neben der Qualität der Hilfsmittel und der wohnortnahen Versorgung auch die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen. Dabei dürfen nach § 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V nur solche Leistungserbringer Vertragspartner der Krankenkassen sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung,

Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Zu den Begleitleistungen gehört nach § 33 Absatz 1 Satz 4 SGB V ausdrücklich auch die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Damit existiert ein lückenloses gesetzliches Regime für die notwendigen Anpassungs- und Beratungsleistungen, die die Krankenkassen sicherzustellen zu haben. In die notwendige Erhebung der Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung müssen auch die Begleitleistungen eingehen.

22. Wie bewertet die Bundesregierung den Einsatz von externen Hilfsmittelberatern für die Krankenkassen zur Begutachtung der Hilfsmittelversorgung?
23. Teilt die Bundesregierung die Ansicht des Bundesversicherungsamtes (vgl. [www.rehakind.com/m.php?sid=42](http://www.rehakind.com/m.php?sid=42), Zugriff: 12. Juni 2015), dass der Einsatz externer Hilfsmittelgutachter auf der Basis der aktuellen Rechtsgrundlage sowohl in Ermangelung einer rechtlichen Befugnis als auch datenschutzrechtlich unzulässig ist?

Die Fragen 22 und 23 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen, ob ein Hilfsmittel erforderlich ist (§ 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V). Die Prüfung durch den MDK führt zu einer Empfehlung an die Krankenkasse. Insbesondere bei komplexen Versorgungsfällen sind in den letzten Jahren Krankenkassen verstärkt dazu übergegangen, ergänzend auch private Hilfsmittelberater einzuschalten. Bei komplexen Versorgungsbedarfen kann in Einzelfällen für die Begutachtung ein Spezialwissen und eine Produktkenntnis erforderlich sein, die auch dem MDK nicht für alle Versorgungen jederzeit zur Verfügung steht. Soweit eine Einbeziehung externer Expertise erforderlich ist, kann und sollte diese auf Grundlage des § 279 Absatz 5 SGB V durch den MDK erfolgen. Die Bundesregierung spricht sich gegen den Aufbau einer Parallelstruktur neben dem MDK aus.

24. Wie kann nach Ansicht der Bundesregierung die Arbeit des MDK so strukturiert werden, dass er seiner Aufgabe nachkommen kann, die Beratung der Krankenkassen bei medizinisch komplexen Hilfsmittelversorgungen oder bei der Hilfsmittelversorgung bei seltenen Erkrankungen hinreichend durchzuführen?

Der MDK hat als Institution der Selbstverwaltung in eigener Verantwortung die organisatorischen, finanziellen und personellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass er die ihm zugewiesenen gesetzlichen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllt. Dies gilt auch für die Aufgabe der Hilfsmittelbegutachtung und eine etwaige Ausweitung der Tätigkeit in diesem Bereich. Der Verwaltungsrat des MDK hat insbesondere bei seiner Aufgabe, den Haushaltsplan aufzustellen und Richtlinien zur Erfüllung der Aufgaben des MDK zu beschließen, auch die Art und den Umfang der anstehenden Aufgaben im Hilfsmittelbereich zu berücksichtigen. Nach Angaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverband Bund der Krankenkassen tragen der Einsatz spezialisierter Fachärztinnen und Fachärzte (Orthopäden, Internisten, Hals-Nasen-Ohren- oder Kinderärzte), die bundesweite Vernetzung der Hilfsmittelgutachterinnen und -gutachter zu einer Expertengruppe, die Einbeziehung von Angehörigen nichtärztlicher Berufe mit technischem Wissen (z. B. Orthopädie- und Schuhtechnik, Ingenieure für Orthopädie- und Reha-technik oder für Medizintechnik), ein umfangreiches Fortbildungskonzept sowie die dem MDK offen stehende Möglichkeit, im Einzelfall externe Gutachterinnen und Gutachter einzubeziehen, dazu bei, auch in komple-

nen Fällen und bei seltenen Erkrankungen über die erforderliche Sachkunde zu verfügen.

#### Liefer- und Bereitstellungszeiten

25. Wie schätzt die Bundesregierung die zukünftige Entwicklung der Liefer- und Bereitstellungszeiten für Hilfsmittel für die häusliche Versorgung ein?

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt in den „Empfehlungen gemäß § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln“ aus, dass eine zeitnahe Verfügbarkeit von Produkten und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen sicherzustellen ist. Einzelheiten hierzu können in den Verträgen geregelt werden. Dementsprechend erhalten die Verträge in der Regel auch Festlegungen zu den Liefer- und Bereitstellungsfristen. Dabei wird auch der Zeitbedarf berücksichtigt, den eine Anfertigung oder Anpassung benötigt. Informationen über grundsätzliche Probleme bei der fristgerechten Lieferung und Bereitstellung von Hilfsmitteln liegen der Bundesregierung nicht vor.

26. Sieht die Bundesregierung bei kurzfristigen Entlassungen aus dem Krankenhaus mit Vorlauf von ein bis zwei Tagen ein Risiko für eine fristgerechte Bereitstellung der Hilfsmittel, etwa wenn Hilfsmittel überregional beschafft werden müssen?

Bei Verhandlungsverträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V ist wegen des Beitrittsrechts der Leistungserbringer und dem Umstand, dass sich diese häufig im Umfeld von Krankenhäusern niederlassen, eine fristgerechte Bereitstellung gewährleistet. Bei Ausschreibungsverträgen haben die Krankenkassen durch eine regionale Losaufteilung eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, so dass auch hier Produkte schnell verfügbar sind.

#### Bundesweite versus regionale quartiersbezogene Anbieterstrukturen

27. Welche Vor- und Nachteile (z. B. Bereitstellung, Beratung, Einweisung, Reparatur, ökonomische und ökologische Aspekte) sieht die Bundesregierung bei
- einer bundesweiten Versorgung durch Hilfsmittelerbringer,
  - einer Versorgung durch regionale Anbieterstrukturen?
28. Wie und durch wen sollen nach Meinung der Bundesregierung bei einer bundesweit angelegten Hilfsmittelversorgung die Aspekte
- termingerechte Bereitstellung der Hilfsmittel,
  - Hilfsmittelberatung,
  - Einweisung in die Hilfsmittel vor Ort,
  - zeitnahe Reparaturen der Hilfsmittel,
  - Koordination bei komplexer Hilfsmittelversorgung
- gewährleistet werden?

Die Fragen 27 und 28 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei der Auswahl ihrer Vertragspartner haben die Krankenkassen die Vorschriften des SGB V einzuhalten. Dazu zählt neben den Vorgaben der §§ 126 und 127 SGB V an die Hilfsmittelversorgung auch die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Ob diese Anforderungen besser durch den Vertragsabschluss auf dem Wege einer bundesweiten Ausschreibung oder durch Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringern zu erfüllen sind, die ihren Firmensitz im Versorgungsgebiet haben, lässt sich nicht pauschal beantworten. Dies ist immer auch vom jeweiligen Produkt, dem Auftragsvolumen und der Leistungserbringerstruktur im Versorgungsgebiet abhängig und im konkreten Fall von der Krankenkasse zu entscheiden. Hilfestellungen für diese Entscheidung bieten die Vorgaben des § 127 Absatz 1 Satz 4 SGB V, nach denen Ausschreibungen für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden oder für Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil in der Regel nicht zweckmäßig sind und die Gemeinsamen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene gemäß § 127 Absatz 1a SGB V vereinbart haben.

#### Qualitätssicherung der Hilfsmittelerbringung

29. Welche Vorstellungen hat die Bundesregierung, die Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle der Hilfsmittelversorgung weiter zu verbessern?

Wie in der Antwort zu Frage 20 dargelegt, hält es die Bundesregierung für erforderlich, das Augenmerk auf die Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung zu legen und intensiv und systematisch zu prüfen, ob Versorgungen vertragskonform durchgeführt werden. Ob diesbezüglich gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, wird die Bundesregierung prüfen.

30. Sind nach Auffassung der Bundesregierung die Präqualifizierungsverfahren als Qualitätssicherungsinstrument weiter zu verbessern (wenn nein, bitte begründen)?

Nach Auffassung der Bundesregierung hat sich das Präqualifizierungsverfahren gemäß § 126 Absatz 1a SGB V bewährt. In seinem Rahmen können Leistungserbringer nachweisen, dass sie die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Damit leistet das Verfahren einen wichtigen Beitrag zur Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung. Außerdem werden Krankenkassen und Leistungserbringer erheblich entlastet, da nicht vor jedem konkreten Vergabe- bzw. Vertragsverfahren eine Eignungsprüfung durchgeführt werden muss. Trotzdem wird die Bundesregierung die Anwendung der gesetzlichen Regelungen zum Präqualifizierungsverfahren weiter beobachten und dabei prüfen, ob sie weiter verbessert werden müssen.

31. Wer sollte nach Meinung der Bundesregierung die Qualitätssicherung insbesondere für Prozess- und Ergebnisqualität und die Qualitätskontrolle der Hilfsmittelerbringung durchführen?

Die Sicherung der Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt insbesondere über das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 Absatz 1a SGB V, die der Prozessqualität insbesondere über das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, in dem die Anforderungen an die Hilfsmittel und die zusätzlich zur Bereitstellung zu erbringenden Leistungen beschrieben sind. Die Präqualifizierungsverfahren werden von Präqualifizierungs-

stellen durchgeführt, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt werden. Dieser ist auch zuständig für die Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses. Die Sicherstellung der Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der GKV ist Aufgabe der Krankenkassen.

32. Inwieweit unterstützt die Bundesregierung die Forderung, den MDK mit häufigeren (gegebenenfalls anlassbezogenen) Qualitätskontrollen bei der Hilfsmittelversorgung zu beauftragen?

An die Bundesregierung wurden Forderungen, den MDK mit häufigeren, ggf. anlassbezogenen Qualitätskontrollen bei der Hilfsmittelversorgung zu beauftragen, bisher nicht herangetragen. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, die Zahl der Gutachtenaufträge im Hilfsmittelbereich zu steigern, ohne dass ihnen neben der Umlagefinanzierung hierfür zusätzliche Kosten entstehen. Darüber hinaus haben die Krankenkassen nach § 275 Absatz 3 Nummer 3 SGB V die Möglichkeit, die durchgeführten Hilfsmittelversorgungen in geeigneten Fällen durch den MDK evaluieren lassen. Zudem sieht das Gesetz in § 275 Absatz 4 Satz 1 SGB V vor, dass die Krankenkassen und ihre Verbände den MDK über die Aufgaben der Einzelfallbegutachtung hinaus für Fragen der Qualitätssicherung zu Rate ziehen sollen.

33. Sieht die Bundesregierung aufgrund der Kritik einiger Kassenvertreter (Expertengespräch im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 17. Juni 2015) Handlungsbedarf, die im Hilfsmittelverzeichnis vorgegebenen Qualitätsanforderungen für Anbieter zu öffnen, deren Produkt- und Versorgungsqualität über dem vorgegebenen Standard liegt?

Nach Auffassung der Bundesregierung muss der Standard der Produkt- und Versorgungsqualität dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die über die Solidargemeinschaft finanzierte Hilfsmittelversorgung darf nicht davon abhängen, welcher Krankenkasse ein Versicherter angehört.

34. Sieht die Bundesregierung in dem Bereich der Hilfsmittelerbringung ein Aufgabenfeld für ein zukünftiges Qualitätsinstitut für Pflegequalität?  
Wenn ja, in welcher Form (wenn nein, bitte begründen)?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in dem vorliegenden Referentenentwurf für ein Zweites Pflegestärkungsgesetz konkrete inhaltliche und zeitliche Vorgaben für die Entwicklung neuer Instrumente für die Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären und ambulanten Pflege vorgelegt; damit wird auf der Grundlage wissenschaftlicher Beratung langfristig Sicherheit für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erreicht. Diese Aufgaben sollen nach dem Entwurf durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI in einer neuen, gestrafften Form der Entscheidungsfindung in einem Qualitätsausschuss unter Hinzuziehung eines unparteiischen Vorsitzenden und weiterer unparteiischer Mitglieder umgesetzt werden. Gleichzeitig ist in dem Entwurf vorgesehen, dass der Zugang von Pflegebedürftigen zur Hilfsmittelversorgung vereinfacht wird. Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung sind bereits jetzt Bestandteil des Gutachtens des MDK oder der beauftragten Gutachter bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Zukünftig soll die Antragstellung auf Bewilligung der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel unmittelbar auf die im Gutachten ausgesprochenen Empfehlungen aufsetzen. Damit ist die fachliche Prüfung abgeschlossen und der Antrag auf Bewilligung der Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel gilt bei Zustimmung des Ver-

sicherten bzw. seiner Betreuerin bzw. seines Betreuers oder Bevollmächtigten mit Eingang des Gutachtens bei der Pflegekasse als gestellt. Die Pflegekasse hat den so übermittelten Antrag unverzüglich, spätestens mit dem Bescheid über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu entscheiden. Dieses beschleunigte Verfahren wird für die Versicherten eine erhebliche Erleichterung darstellen. Eine Aufgabenstellung für die Vertragsparteien ergibt sich daraus nicht.

#### Hilfsmittelverzeichnis

35. Sieht die Bundesregierung die Dringlichkeit, die z. T. veralteten Qualitätskriterien (beispielsweise für Inkontinenzhilfen aus dem Jahr 1993), die dem Verzeichnis für gelistete Hilfsmittel zugrunde gelegt sind, zu aktualisieren (wenn nein, bitte begründen)?

Wenn ja, bis wann sollte die Aktualisierung stattfinden?

Nach Auskunft des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erfolgte die letzte Fortschreibung der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ im Jahr 2007. Dabei seien auch die Qualitätsanforderungen aus dem Jahr 1993 überprüft worden. Zum damaligen Zeitpunkt hätten aber keine Hinweise auf einen Anpassungsbedarf aus medizinischen Gründen vorgelegen. Inzwischen liege aber mit der seit März 2015 geltenden nationalen Norm für Inkontinenzprodukte eine neue Prüfmethode für Inkontinenzprodukte vor mit der die Lebenswirklichkeit der Versicherten besser berücksichtigt werden könne. Allerdings könnten mit dieser Methode nicht alle Inkontinenzprodukte geprüft und wesentliche Parameter wie Rücknässung und Aufsauggeschwindigkeit nicht ermittelt werden, so dass die parallele Anwendung unterschiedlicher Prüfverfahren sachgerecht erscheine. Derzeit würde die Fortschreibung der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ vorbereitet. Nach Abschluss der Fortschreibung und Inkrafttreten der neuen Qualitätsanforderungen würde eine Überprüfung der gelisteten Produkte vorgenommen. Produkte, die den neuen Anforderungen und dem damit abgebildeten Stand der Technik nicht mehr entsprächen, würden aus dem Hilfsmittelverzeichnis heraus genommen. Da auch gesetzliche Stellungnahmerechte zu wahren seien, sei mit dem Abschluss der Fortschreibung zum Jahresende 2015 zu rechnen.

36. Erwägt die Bundesregierung, ein Verfahren einzuführen, das eine regelmäßige Aktualisierung der Qualitätskriterien für die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis sicherstellt?

Auch im Hilfsmittelbereich sind die Anforderungen an die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen weiter zu entwickeln. Allerdings lässt sich mit Blick auf die Unterschiedlichkeit der Hilfsmittel kein produktgruppenübergreifender Stand der Technik formulieren, der nach einem festen Zeitschema auf seine Aktualität hin überprüft werden könnte. Vielmehr ergibt sich ein geänderter Stand der Technik produktgruppenspezifisch. So ist z. B. der Produktlebenszyklus bei Hörgeräten wesentlich kürzer anzusetzen als der von Pflegebetten. In der Folge könnte sich bei ca. 800 Produktuntergruppen ein unverhältnismäßig hoher, nicht zielführender Aufwand ergeben, wenn eine pauschale, regelmäßige Überprüfung der Qualitätsanforderungen zu erfolgen hätte. Diese Spezifika gilt es zu berücksichtigen. Die Bundesregierung wird prüfen, ob gesetzliche Regelungen erforderlich sind, um die verschiedenen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses auf dem jeweiligen Stand der Technik zu halten.

## Benachteiligungsverbot und UN-Behindertenrechtskonvention

37. Sind die Krankenkassen nach Meinung der Bundesregierung grundsätzlich verpflichtet, aufgrund des gesetzlichen Anspruchs eines möglichst vollständigen Behinderungsausgleichs ein teureres Hörgerät zu bezahlen, auch wenn es über dem pauschalen Festpreis von 784,94 Euro liegt?

Ob eine Versorgung zum Festbetrag oder darauf basierenden Vertragspreis objektiv nicht ausreichend ist, muss in jedem Einzelfall von der Krankenkasse geprüft werden. Die Krankenkassen müssen jedoch nicht für Leistungen aufkommen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen und von Versicherten aufgrund der Mehrkostenregelungen in § 33 Absatz 1 SGB V und § 31 Absatz 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Anspruch genommen werden.

38. Hält es die Bundesregierung vor dem Hintergrund der Benachteiligungsverbote des Grundgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention für gerechtfertigt, dass Menschen, deren Beeinträchtigung durch Hilfsmittel unmittelbar – etwa durch eine Prothese – ausgeglichen werden kann, einen deutlich umfassenderen Versorgungsanspruch haben als Menschen, deren Beeinträchtigung nur mittelbar – z. B. durch einen Rollstuhl – ausgeglichen werden kann?

Wenn nicht, wie wird sie diese Ungleichbehandlung beseitigen?

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hängt bei Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich die Leistungspflicht der Krankenkassen entscheidend davon ab, ob die Versorgung mit einem solchen Hilfsmittel die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Zu diesen Grundbedürfnissen gehören das Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums. Bei Hilfsmitteln zum unmittelbaren Behinderungsausgleich ist diese Anspruchsvoraussetzung regelmäßig gegeben, weil die unmittelbar auszugleichende Funktionsbeeinträchtigung selbst schon ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft, die Erhaltung oder Wiederherstellung einer Körperfunktion. Bei einem mittelbaren Ausgleich hingegen muss besonders geprüft werden, ob das Hilfsmittel auch für die Erfüllung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens benötigt wird oder nur Gebrauchsvorteile in speziellen Lebensbereichen bietet. Die Bundesregierung hält die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Beurteilung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich für grundsätzlich sachgerecht. Die Hauptaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist die medizinische Rehabilitation. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation hingegen ist gemäß SGB IX Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Eine Benachteiligung von Menschen, die auf Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich angewiesen sind, ist mit der Aufgabenzuweisung an unterschiedliche Sozialleistungsträger grundsätzlich nicht verbunden. Allerdings kann die gegliederte Struktur des Rehabilitationssystems mit unterschiedlichen Aufgabenzuweisungen, Zuständigkeiten und Finanzierungsformen zu Schnittstellen auch bei der Hilfsmittelversorgung führen. Um die Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger und die Konvergenz des Leistungs- und Verfahrensrechts sicher zu stellen, sind im SGB IX Teil 1 Regeln für die trägerübergreifende Leistungsansprüche geschaffen worden. Das von der Bundesregierung geplante Bundesteilhabegesetz wird auch die Verbesserung dieser Regeln zum Gegenstand haben. Dies wäre auch im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention

(UN-BRK; insbesondere Artikel 25 bzw. Artikel 26 UN-BRK). Allerdings steht nach Auffassung der Bundesregierung bereits das geltende Recht unabhängig von der Unterscheidung zwischen einem unmittelbaren und mittelbaren Behinderungsausgleich bei der Hilfsmittelversorgung im Einklang mit der Konvention. So kommt dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung von Artikel 25 bzw. 26 UN-BRK ein Gestaltungsspielraum zu, solange zugleich das Benachteiligungsverbot nach Artikel 5 Absatz 2 UN-BRK Beachtung findet. Einen entsprechenden Gestaltungsspielraum hat das Bundessozialgericht dem Gesetzgeber in einem grundlegenden Urteil (Urteil vom 6. März 2012 (B 1 KR 10/11 R)) zuerkannt. Da auch bei einem mittelbaren Behinderungsausgleich ungeachtet ggf. geteilter Zuständigkeiten von Sozialleistungsträgern eine Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen gewährleistet ist, wird hier der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers unter Beachtung des Benachteiligungsverbots ausgeschöpft.





