

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (HHVG) auf die aktuelle Versorgungslage mit Hilfsmitteln**

Versicherte haben einen gesetzlichen Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dieser Anspruch umfasst auch die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden, notwendigen Leistungen wie die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und auch die zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit des Hilfsmittels notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen (vgl. § 33 SGB V). Doch gab es in der Vergangenheit regelmäßig Beschwerden über mangelnde Qualität in der Hilfsmittelversorgung, zum einen wegen des veralteten Hilfsmittelverzeichnisses und zum anderen wegen der Hilfsmittelausschreibungen der Kassen, die dem Preis gegenüber anderen Zuschlagskriterien wie Produkt- und Servicequalität ein zu hohes Gewicht einräumten (vgl. „Sparwahn im System“, DER SPIEGEL, 7. März 2015).

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) sollten diese Missstände abgestellt, die Versorgung der Bevölkerung mit Hilfsmitteln sichergestellt und zugleich deren Qualität verbessert werden. Die Wahlfreiheit wurde für die Versicherten vergrößert und eine Beratungspflicht für die Leistungserbringer eingeführt. Das Hilfsmittelverzeichnis soll gemäß einer durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erarbeiteten Verfahrensordnung laufend überarbeitet und fortgeschrieben werden. Bei der Vergabe der Versorgungsaufträge durch die Krankenkassen anhand von Ausschreibungen soll der Preis nicht mehr das alleinige ausschlaggebende Kriterium sein. Hilfsmittel-Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sollen überhaupt nicht mehr ausgeschrieben werden (vgl. Bundestagsdrucksache 18/10186, S. 16 ff.).

Doch offensichtlich hat das HHVG nicht alle Missstände beseitigt. Die Antworten auf eine Anfrage, die die fragstellende Fraktion im Januar 2018 an die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe stellte, offenbarte große Unzufriedenheit mit der Hilfsmittelversorgung: Vor Inkrafttreten des HHVG wurde von Versicherten regelmäßig verlangt, überzogen hohe Aufzahlungen für ein angemessenes Produkt zu zahlen, insbesondere in der Inkontinenzversorgung: „Eine Folge waren zuletzt Versorgungsverträge mancher Kassen mit Herstellern für schlechte Billigwindeln. Den Preisnachlass, den sie den Kassen gewährten, hatten die Anbieter offenbar schon als Aufzahlung der Kunden für das qualitativere Vlies eingepreist.“ (In: Mehr Auswahl, Kostentransparenz und Kontrolle, FAZ, 19. Juli

2016). Dieses Problem besteht offenbar weiterhin. Der Beratungspflicht wird nur selten nachgekommen, ebenso wenig werden Wahlmöglichkeiten zwischen aufzahlungsfreien Produkten vorgestellt (vgl. z. B. Stiftung Warentest „Beratung bei Inkontinenz“, [www.test.de/Beratung-bei-Inkontinenz-Kein-Verlass-auf-Profis-5196555-0/](http://www.test.de/Beratung-bei-Inkontinenz-Kein-Verlass-auf-Profis-5196555-0/)). Und wie eine aktuelle Prüfung des Bundesversicherungsamts (BVA) zeigt, werden auch weiterhin Hilfsmittel mit einem hohen Dienstleistungsanteil ausgeschrieben (vgl. „Zahlen Krankenkassen nur für Billigprodukte?“, FAZ, 8. Januar 2018). Selbst der damalige Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe kritisierte auf dem Neujahrsempfang der deutschen Ärzteschaft am 18. Januar 2018 Krankenkassen, die versuchten, die gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung von Leistungen für die gesetzlich Versicherten im HHVG mit fragwürdigen Ausschreibungsverfahren zu umgehen (vgl. „Wir haben das gerechteste Gesundheitssystem der Welt“, ÄrzteZeitung, 22. Januar 2018). Auch die durch das BVA kritisierte Praxis einiger Krankenkassen, Verhandlungen zu umgehen, indem sie den Leistungserbringern Musterverträge zum Beitritt anbieten („Open-House-Verfahren“), läuft dem gesetzgeberischen Ziel einer Steigerung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung deutlich entgegen (vgl. aktuell „Die Aufsicht rügt die großen Krankenkassen“, FAZ, 7. April 2018).

Zusätzlich zu den durch das HHVG bearbeiteten Mängeln gibt es immer wieder grundsätzliche Probleme bei der Leistungsbewilligung: Das IGES-Gutachten (IGES = Institut für Gesundheit und Sozialforschung) „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“ vom Juni 2017 ([www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr\\_objs20506/StudiezuLeistungsbewilligungenund-ablehnungen\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr_objs20506/StudiezuLeistungsbewilligungenund-ablehnungen_ger.pdf)) legt Schwierigkeiten bei der Versorgung von vulnerablen Personengruppen sowie bei der korrekten Bearbeitung von Anträgen auf Hilfsmittel nahe.

Wir fragen die Bundesregierung:

#### Hilfsmittelverzeichnis

1. Wann wird das Bundesministerium für Gesundheit die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) erstellte Verfahrensordnung zur Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) genehmigen?
2. a) Welche Frist von der Überprüfung durch den GKV-Spitzenverband bis hin zur Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis hält die Bundesregierung für angemessen?
  - b) Hat die Bundesregierung vor, eine solche Frist einzuführen, und wenn nein, warum nicht?

#### Aufzahlungen

3. a) Wie hoch waren nach Kenntnis der Bundesregierung die Aufwendungen der Bürgerinnen und Bürger für Mehrkosten bei der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln vom ersten Quartal 2014 bis zum ersten Quartal 2018 (bitte nach Produktgruppe, Quartal und Krankenkasse aufschlüsseln)?
  - b) Hat nach Einschätzung der Bundesregierung die Einführung der Beratungspflicht durch die Leistungserbringer im HHVG Auswirkungen auf die Mehrkosten, und wenn ja, wie äußern sich diese Auswirkungen?
  - c) Was gedenkt die Bundesregierung dagegen zu unternehmen, dass Leistungserbringer überzogene Mehrkosten verlangen, wie es beispielsweise bei Inkontinenzmaterialien vorgekommen ist (vgl. „Mehr Auswahl, Kostentransparenz und Kontrolle“, FAZ, 19. Juli 2016)?

## Ausschreibungen

4. Welche Versorgungsaufträge wurden nach Kenntnis der Bundesregierung von den Krankenkassen in den Jahren 2014 bis 2017 ausgeschrieben (bitte nach Quartal, Krankenkasse, Leistungserbringer, Produktgruppe und Laufzeit der Verträge aufschlüsseln)?
5. Hat die Bundesregierung außerhalb des Bereichs der aufsaugenden Inkontinenzversorgung, in dem es massive Beanstandungen an der Versorgungsqualität gab, belastbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität nach erfolgten Ausschreibungsverfahren, und wenn ja, welche Erkenntnisse sind dies (bitte nach Produktgruppen und ausschreibenden Kassen aufschlüsseln)?
6. a) Wie kann bei Hilfsmittelausschreibungen sichergestellt werden, dass die Vorgaben des § 127 Absatz 1b SGB V, wonach bei der Gewichtung der Kriterien die nicht den Preis oder die Kosten betreffenden Anforderungen wie Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit oder Zugänglichkeit 50 Prozent nicht unterschreiten dürfen, nicht dadurch umgangen werden, dass die Krankenkassen sich darauf zurückziehen, qualitative Anforderungen bereits erschöpfend in der Leistungsbeschreibung einer Ausschreibung festgelegt zu haben?  
b) Wie und durch wen wird vor dem Hintergrund der Kritik des Bundesversicherungsamtes, ihm fehlten die Instrumente für eine wirkungsvolle und zeitnahe Durchsetzung des geltenden Rechts bei Hilfsmittelausschreibungen (vgl. Sonderbericht des BVA zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 2018, S. 111), sichergestellt, dass die im Einzelfall bereits in den Leistungsbeschreibungen der jeweiligen Krankenkassen zu Hilfsmittelausschreibungen nach § 127 Absatz 1 SGB V enthaltenen Kriterien die Vorgaben des § 127 Absatz 1b SGB V zur Gewichtung von Qualität und Preis erfüllen?  
c) In wie vielen und welchen Ausschreibungen seit der Neueinführung des § 127 Absatz 1b SGB V im HHVG war die Gewichtung der Kriterien bei der Zuschlagserteilung für Ausschreibungen, die nicht den Preis oder die Kosten betreffen, 50 Prozent und höher?  
d) Konnte aus Sicht der Bundesregierung die Neueinführung des § 127 Absatz 1b SGB V eine Steigerung der Qualität in den Auswahlkriterien von Hilfsmittelausschreibungen bewirken?
7. a) Wie legen nach Kenntnis der Bundesregierung die Krankenkassen § 127 Absatz 1 SGB V, in dem es heißt: „Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen nicht zweckmäßig“ sowie die Gemeinsamen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer aus, und welche Hilfsmittel sollen entsprechend dieser Empfehlung nicht ausgeschrieben werden?  
b) Hält die Bundesregierung es für sinnvoll, bestimmte Produkte mit einem hohen individuellen Anpassungs- und Wartungsbedarf generell nicht für Ausschreibungen zuzulassen, und wenn nein, warum nicht?  
c) Inwiefern überprüfen die Aufsichtsbehörden nach § 90 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) nach Kenntnis der Bundesregierung, welche Hilfsmittel für die Krankenkassen ausschreibungsfähig sind?

8. a) Haben nach Ansicht der Bundesregierung die Vergabevorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) entsprechend § 69 Absatz 3 SGB V, in dem es heißt, „[a]uf öffentliche Aufträge nach diesem Buch [seien] die Vorschriften des Teils 4 des GWB anzuwenden“, Vorrang vor § 127 SGB V, nach dem Krankenkassen Aufträge zur Hilfsmittelversorgung ausschreiben, aber auch Verträge mit Leistungserbringern schließen können?
  - b) Wenn ja, müssen Hilfsmittelverträge dann nach Sicht der Bundesregierung bei Überschreiten des Schwellenwertes für die Anwendung des EU-Vergaberechts immer europaweit ausgeschrieben werden, oder immer dann, wenn eine Ausschreibung zweckmäßig wäre?
  - c) Wenn nein, liegt es dann grundsätzlich im Ermessen der jeweiligen Kasse, ob sie einen Auftrag ausschreiben oder einen Vertrag nach § 127 Absatz 2 SGB V abschließen möchte, auch wenn eine Ausschreibung zweckmäßig wäre?
  - d) Gedenkt die Bundesregierung, Klarheit bezüglich der Konkurrenz zwischen dem Europäischen Vergaberecht und der Möglichkeit, Verträge nach § 127 Absatz 2 SGB V zu schließen, zu schaffen, und wenn ja, wie soll diese Regelung aussehen?
  - e) Oder fällt nach Ansicht der Bundesregierung die Möglichkeit, Verträge nach § 127 SGB V zu schließen, unter das Europäische Vergaberecht?
9. Wie sollten sich aus Sicht der Bundesregierung bundesunmittelbare Kassen verhalten, die zum einen vom Bundesversicherungsamt die Vorgabe erhalten, bestimmte Verträge nicht nach § 127 Absatz 1 SGB V auszuschreiben oder im Open-House-Verfahren zu vergeben, sondern zu verhandeln, von den Nachprüfungsinstanzen aber die Vorgabe erhalten, Vergaberecht einzuhalten und nicht frei zu verhandeln?
10. Wie kann nach Ansicht der Bundesregierung das Wahlrecht der Versicherten bei Ausschreibungen sichergestellt werden?

#### Verträge

11. Welche Versorgungsverträge gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich (bitte nach Krankenkasse, Leistungserbringer und Produktgruppe aufschlüsseln)?
12. Welche Versorgungsverträge im Hilfsmittelbereich wurden nach Kenntnis der Bundesregierung von den Krankenkassen mit den Leistungserbringern in den letzten zwei Monaten vor Einführung des HHVG im April 2017 abgeschlossen?
13. a) Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die durch die in § 90 SGB IV genannten Aufsichtsbehörden kontrolliert und auf ihre Rechtmäßigkeit überprüft werden?
- b) Wie erlangt die Bundesregierung Kenntnis von der Überprüfung der Verträge?

14. Wie kann nach Ansicht der Bundesregierung gewährleistet werden, dass gesetzlich Versicherte sich darüber informieren können, welche Krankenkasse mit welchem Leistungserbringer Versorgungsverträge für Hilfsmittel abgeschlossen hat, um die für sie bestmögliche Krankenkasse auswählen zu können, da die Krankenkassen ihrer nach § 127 Absatz 5 SGB V geforderten Informationspflicht für Versicherte anderer Kassen aktuell nur sehr spärlich nachkommen (vgl. Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 120 ff.)?
15. a) Wie viele sog. Open-House-Verträge existieren nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit im Hilfsmittelbereich (bitte nach Krankenkassen und Produktgruppen aufschlüsseln)?
- b) Inwieweit sieht die Bundesregierung bei sog. Open-House-Verträgen in der Hilfsmittelversorgung gesetzlichen Ergänzungs- oder Klarstellungsbedarf angesichts der Tatsache, dass das Bundesversicherungsamt der Auffassung ist, dass das für Arzneimittelrabattverträge entwickelte Verfahren auf Versorgungsverträge nach § 127 SGB V nicht anwendbar ist (vgl. aktuell Sonderbericht des BVA zum Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 2018, S. 108)?

#### Beratung und wohnortnahe Versorgung

16. Wie gewährleisten die Leistungserbringer nach Kenntnis der Bundesregierung die Fachkompetenz bei der Beratung nach § 127 Absatz 4a SGB V?
17. a) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung davon, ob die in § 127 Absatz 4a SGB V geforderten Beratungen durch die Leistungserbringer auch tatsächlich durchgeführt werden?
- b) Ist eine Evaluierung dieser Beratungspflicht geplant, wenn ja, in welchem Zeitraum?
- Wenn nein, warum nicht?
18. a) Kann nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell eine wohnortnahe Versorgung und Erreichbarkeit durch Sanitätshäuser, Hörgeräteakustiker und andere Hilfsmittelerbringer gewährleistet werden, um die nach § 127 Absatz 1 SGB V geforderte wohnortnahe Versorgung durch die Leistungserbringer zu gewährleisten (bitte nach Planungsregion und Versorgungsgrad aufschlüsseln)?
- Und wenn nicht, wie soll diese sichergestellt werden?
- b) Wie kann aus Sicht der Bundesregierung für die Versicherten der Kontakt zu den Leistungserbringern gewährleistet werden, wenn die Krankenkassen ihre Versicherten durch große Versorger betreuen, die nicht dezentral organisiert sind und entsprechend keine Anlaufstellen vor Ort haben?

#### Leistungsbewilligung

19. a) Wie viele Anträge für Hilfsmittel sind nach Kenntnis der Bundesregierung seit Einführung des HHVG vom zweiten Quartal 2017 bis zum Ende des vierten Quartals 2017 bei den Krankenkassen gestellt worden, und wie viele davon wurden angenommen bzw. abgelehnt (bitte nach Quartal, Krankenkasse und Produktgruppe aufschlüsseln)?
- b) Wie viele Anträge für Hilfsmittel sind nach Kenntnis der Bundesregierung vor Einführung des HHVG seit 2014 bei den Krankenkassen gestellt worden, und wie viele davon wurden angenommen bzw. abgelehnt (bitte nach Quartal, Krankenkasse und Produktgruppe aufschlüsseln)?

- c) Wie vielen der abgelehnten Anträge wurde nach Kenntnis der Bundesregierung in beiden Zeiträumen (erstes Quartal 2014 bis erstes Quartal 2017 und zweites Quartal 2017 bis viertes Quartal 2017) in erster Widerspruchsinanz doch zugestimmt (bitte nach Quartal, Krankenkasse und Produktgruppe aufschlüsseln)?
20. Wie viele Fristüberschreitungen durch die Krankenkassen nach § 13 Absatz 3a SGB V gab es seit Beginn des Jahres 2014 nach Kenntnis der Bundesregierung bei der Entscheidung über Anträge auf Hilfsmittel (bitte nach Quartal, Produktgruppe und Krankenkasse aufschlüsseln)?
21. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, dass die Krankenkassen Widerspruchsverfahren für die Versorgung mit Hilfsmitteln unnötig in die Länge ziehen, so wie es betroffene Versicherte der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe ausweislich eines den Fragestellern vorliegenden Schreibens der BAG Selbsthilfe schildern, und wenn ja, was möchte die Bundesregierung dagegen unternehmen?
22. Gedenkt die Bundesregierung, die Frist für die Bearbeitung von Widersprüchen gesetzlich festzulegen, um damit das Hinauszögern der Krankenkassen, eine Leistung zu bewilligen, zu verhindern, und wenn nein, wie sonst gedenkt die Bundesregierung das Herauszögern von Leistungsbewilligungen zu verhindern?

#### Besonders vulnerable Leistungsempfänger

23. Wie kann nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt werden, dass bei Begutachtungen von schwer mehrfach behinderten Menschen und Menschen mit seltenen Erkrankungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen fachgerecht über Hilfsmittel entschieden, also eine Benachteiligung vulnerabler Personen, wie sie durch die IGES-Studie „Leistungsbewilligung und -ablehnungen durch Krankenkassen“ aus dem Juni 2017 dokumentiert wurde, ausgeschlossen wird?
24. Was wird die Bundesregierung dagegen unternehmen, dass bildungsbenachteiligte Personen und Personen mit Sprachschwierigkeiten oftmals von dem Prozess der Antragstellung sowie dem weiteren Vorgehen bei Leistungsablehnungen überfordert sind (vgl. IGES-Gutachten „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“, S. 70)?
25. Wie viele Anträge für Hilfsmittel von vulnerablen Personengruppen (laut IGES-Studie Ältere, chronisch Kranke, Bildungsbenachteiligte, schwer behinderte Menschen und Menschen mit seltenen Erkrankungen) sind nach Kenntnis der Bundesregierung vom ersten Quartal 2014 bis zum ersten Quartal 2018 an die Krankenkassen gestellt worden, und wie viele davon wurden angenommen bzw. abgelehnt (bitte nach Quartal, Krankenkasse und Produktgruppe aufschlüsseln)?

#### Präqualifizierungsstellen

26. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über Leistungserbringer, welche bei mehreren Präqualifizierungsstellen versucht haben, sich für dasselbe Hilfsmittel zertifizieren zu lassen?
27. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über wirtschaftliche, personelle oder organisatorische Verflechtungen zwischen Leistungserbringern und Präqualifizierungsstellen?

## Nachbesserungen

28. Plant die Bundesregierung weitere Nachbesserungen bei der Hilfsmittelversorgung, wie es etwa die Aussage des damaligen Bundesministers für Gesundheit Hermann Gröhe beim Neujahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft oder das Thesenpapier der damaligen Beauftragten der Bundesregierung, für die Belange der Patientinnen und Patienten Ingrid Fischbach nahelegen (vgl. „Acht Maßnahmen für ein Gesundheitssystem, das die Menschen wirklich in den Mittelpunkt stellt“, Pressemeldung der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie der Bevollmächtigten für Pflege, 30. Januar 2018), und wenn ja, in welchen Bereichen will sie etwas verändern?

Berlin, den 11. April 2018

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**

