



Spitzenverband



Voraussetzungen für eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Bewertung der Steuerungsinstrumente

Beschlossen vom Verwaltungsrat am 14.06.2023



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Telefon: 030 206288-3142
hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH
Fotonachweis:
Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner www.schupfner.com

Stand: Juni 2023

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Voraussetzungen für eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur
Bewertung der Steuerungsinstrumente

Beschlossen vom Verwaltungsrat am 14.06.2023

Inhalt

1	Präambel	6
2	Zentrale Forderungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung	7
3	Defizite im Versorgungssystem	9

1 Präambel

Die Krankenkassen kümmern sich jährlich um rund 30 Millionen Versorgungen mit Hilfsmitteln. Eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung eröffnet vielen Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen oder Behinderungen ein weitgehend selbstständiges und unabhängiges Leben. Daher ist dieser Gesundheitsbereich sozialpolitisch besonders bedeutsam. Damit die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch langfristig moderne, hochwertige Hilfsmittel kostenfrei erhalten können, müssen bewährte Steuerungsinstrumente gestärkt und wettbewerbsbehindernde Strukturen aufgebrochen werden.

Die jährlichen Hilfsmittelausgaben sind in der letzten Dekade um fast 60 Prozent auf über 10 Milliarden Euro angewachsen. Ohne durchgreifende Gegensteuerung dürfte sich dieser Trend in Zukunft weiter fortsetzen. Die Ausgabendynamik im Hilfsmittelbereich konnte lange Zeit insbesondere durch Festbetragsregelungen und Ausschreibungen abgeschwächt werden. Gesetzgeberische Eingriffe in Qualität und Wirtschaftlichkeit und die Rechtsprechung haben dazu geführt, dass die den Krankenkassen in der Vergangenheit zugestandenene Wettbewerbsinstrumente nicht mehr angewendet werden können.

Darüber hinaus haben sich auf Leistungserbringerseite strategisch ausgerichtete Konsortien und Verhaltensweisen herausgebildet, die faire Verhandlungsprozesse für die Krankenkassen erschweren und den Wettbewerb im Hilfsmittelbereich vollends zum Erliegen bringen. So hatten in einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossene Leistungserbringerverbände gegenüber den Krankenkassen einheitliche Preisauflagen für ihre Leistungen im Rahmen bestehender Versorgungsverträge gefordert und vielfach auch durchsetzen können. Nach bisherigem Ermittlungsstand geht das Bundeskartellamt davon aus, dass dies dem Kartellverbot entgegensteht.

Die Krankenkassen haben die verfügbaren Steuerungsinstrumente zielführend angewendet, um den Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse in der Hilfsmittelversorgung abzubilden und gleichzeitig auf eine moderate Ausgabenentwicklung hinzuwirken. Die Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses hat zu einem hohen Versorgungsstandard beigetragen und bildet die Grundlage der Versorgungsverträge. Durch die Rechtsentwicklung und das Marktverhalten der Leistungserbringenden ist die Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung jedoch zunehmend in den Hintergrund geraten. Der bürokratische Aufwand für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsorientierten Hilfsmittelversorgung steht zudem stellenweise nicht mehr im Einklang mit dem erwarteten Nutzen.

2 Zentrale Forderungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung

Die aufgezeigten Entwicklungen verdeutlichen, dass es im Hilfsmittelbereich dringenden Reformbedarf gibt. In den nächsten Jahren gilt es, das bisher erreichte hohe Versorgungsniveau auch vor dem Hintergrund knapper werdender finanzieller Ressourcen zu sichern. Dazu bedarf es einer Neujustierung der Steuerungsinstrumente und eines fairen Wettbewerbs. Monopolartige Strukturen sind aufzubrechen und Rechtsunsicherheiten zu beseitigen. Unnötige Bürokratie ist abzubauen. Nur so kann wieder ein Preis- und Qualitätswettbewerb entstehen, der eine hochwertige Hilfsmittelversorgung und eine umfassende Produktvielfalt garantiert. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher im Einvernehmen mit den Kassenartenvertreterinnen und -vertretern auf Bundesebene die folgenden zentralen Maßnahmen vor.

Wirksame Instrumente der Ausgabenbegrenzung rechtssicher ausgestalten

Festbeträge für Hilfsmittel können infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auf Basis der aktuellen Rechtslage nicht mehr festgesetzt werden und damit ihre positive Wirkung als obere Schwelle von Vertragspreisen nicht länger entfalten. Die einschlägige Rechtsvorschrift ist nicht mehr umsetzbar und daher rechtssicher anzupassen. Ergänzend bedarf es gesetzgeberisch ermöglichter wirksamer Wettbewerbsinstrumente, um die durch fehlenden Anbieterwettbewerb entstandene Preisspirale nach oben zu begrenzen. Vor allem ist die Ausschreibung von Hilfsmitteln wieder zu etablieren, die rechtssicher und praktikabel ausgestaltet sein muss.

Wettbewerb stärken

Die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Hilfsmittel-Leistungserbringenden sind wieder wettbewerbslich auszurichten und die vertraglichen Handlungsspielräume rechtssicher zu erweitern. Einzelvereinbarungen müssen grundsätzlich möglich sein, wenn keine Rahmenverträge beabsichtigt sind. Weiterhin sind Schiedssprüche von allen Beteiligten anzuerkennen. Vertragsinhalte

und andere schützenswerte Informationen sind nur denen bekanntzugeben, die einem Vertrag beitreten wollen.

Kartellrecht konsequent anwenden

Kooperationen auf Leistungserbringerseite und Verhaltensweisen, die dazu geeignet sind, Wettbewerb zu verhindern, einzuschränken oder zu verfälschen, sind durch gesetzliche Regelungen und Sanktionsmaßnahmen zu unterbinden. Dadurch können faire Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen und auch für einzelne Leistungserbringende sowie die Anbietervielfalt für die Versicherten gewährleistet werden.

Faire Beratung der Versicherten über mehrkostenfreie Versorgung sicherstellen

GKV-Versicherte können im Hilfsmittelbereich Leistungen wählen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, müssen dann aber die Mehrkosten selbst tragen. Damit die Versicherten von den Leistungserbringenden nicht zu teureren, übermäßigen Versorgungsmöglichkeiten gedrängt oder unzureichend über die Möglichkeit mehrkostenfreier Versorgung informiert werden, ist mehr Transparenz über die Gründe erforderlich, warum die Versicherten eine Mehrkostenversorgung gewählt haben. Um die Versicherten vor Übervorteilung zu schützen, müssen die Leistungserbringenden den Krankenkassen die entsprechenden Informationen grundsätzlich auch elektronisch mit der Abrechnung zur Verfügung stellen. Dies ermöglicht eine umfassende Auswertung.

Bürokratie abbauen

Bürokratie ist auf das tatsächlich notwendige Maß zurückzuführen, das ausreicht, um eine qualitätsgesicherte Versorgung aufrechtzuerhalten. Dazu bedarf es insbesondere der Streichung von unangemessenen oder einrichtungsbezogenen Betreiberpflichten, der Überprüfung der den Krankenkassen aufgegebenen Informationspflichten über die Vertragsinhalte, der Reduzierung von Überwachungspflichten im Rahmen der Präqualifizierung und des Wegfalls unnötiger

Dokumentationspflichten. Weiterhin sind zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel durch einen pauschalen Leistungsbetrag zu vergüten.

Mehrwertsteuer einheitlich für alle Hilfsmittel auf 7 Prozent reduzieren

Die Umsatzsteuer (Mehrwertsteuer) ist für alle Hilfsmittel einheitlich von 19 auf 7 Prozent zu reduzieren. Dass bisher vergleichbare oder sogar identische Hilfsmittel unterschiedlich besteuert werden, ist sachlich unbegründet und führt zu Wettbewerbsverzerrung sowie Abrechnungsproblemen. Die Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes auf alle Hilfsmittelversorgungen dient zudem der Finanzstabilität in diesem Bereich, ohne die Versicherten zusätzlich zu belasten.

3 Defizite im Versorgungssystem

Hilfsmittel sind vielfältige Produkte, bei denen im Einzelnen Besonderheiten wie Zubehör- und Ausstattungsdetails, Einmal- oder Wiederverwendung, handwerkliche Zurichtungen, Anpassungen oder andere Dienstleistungen zu berücksichtigen sind. Je Produktbereich können daher unterschiedliche Wettbewerbs- und Vertragsinstrumente erforderlich sein. Auch die Digitalisierung führt zu erweiterten Leistungsmöglichkeiten, die den Versicherten durch die regelmäßigen Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses zugutekommen.

Mit der Etablierung des Vertragsprinzips im Hilfsmittelbereich wurde ein Preis- und Qualitätswettbewerb intendiert. Da dieser jedoch in immer mehr Versorgungsbereichen nicht mehr stattfindet und effektive Wettbewerbsinstrumente und ausgabenregulierende Maßnahmen beseitigt wurden, sind neue wirksame Regelungen und Instrumente erforderlich. Um einen ausreichenden Wettbewerb in Gang zu setzen und dauerhaft sicherzustellen, fordert der GKV-Spitzenverband Folgendes.

Konzentration und Monopolisierungstendenzen auf Leistungserbringerseite unterbinden den Wettbewerb

Anbieter von Hilfsmitteln oder deren Verbände treten zunehmend in Preisverhandlungen mit den Krankenkassen als Verhandlungsgemeinschaft auf oder stimmen sich im Rahmen von Verhandlungen unter Ausnutzung ihrer Marktmacht ab. In einzelnen Branchen repräsentieren Zusammenschlüsse von Leistungserbringenden Marktanteile von bis zu 95 Prozent. Faire Verhandlungen sind für die Krankenkassen nicht mehr möglich, und der Wettbewerb wird in vielen Versorgungsbereichen vollends zum Erliegen gebracht. Ein solches abgestimmtes Verhalten hat im rechtechnischen Bereich das Bundeskartellamt auf den Plan gerufen. Dieses hält das Vorgehen des Zusammenschlusses „ARGE Rehathechnik“ nach derzeitigem Ermittlungsstand für kartellrechtswidrig. Verhandlungen zu Kollektivverträgen könnten zur Sicherstellung einer bundesweiten Hilfsmittelversorgung

zwar erforderlich sein, allerdings würden übergreifende Absprachen, wie sie durch den Zusammenschluss von mehreren Verbänden und Leistungsgemeinschaften im Bereich der Rehathechnik erfolgt sind, zu einem faktischen Angebotsmonopol führen, das den Wettbewerb schädigt und letztlich die Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrags der Krankenkassen gefährdet.

Weiterhin kann auch die Beitrittsmöglichkeit insbesondere von Verbänden zu Kollektivverträgen Marktkonzentration bewirken. Das gesetzlich vorgesehene uneingeschränkte Beitrittsrecht von Verbänden bzw. Leistungserbringenden zu Verträgen sorgt dafür, dass für einzelne Vertragspartner keine Auftragsvolumina garantiert werden können. Damit besteht auch kein Anreiz, überhaupt in aufwendige Verhandlungen einzutreten. In einzelnen Produktbereichen sind es Verbände oder sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringenden, die kaum oder gar nicht auf bekannt gegebene Vertragsabschlussabsichten der Krankenkassen reagieren. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass dies auch Ergebnis eines konzertierten Vorgehens verschiedener Leistungserbringerverbände oder Zusammenschlüsse sein kann, da die Krankenkassen in Ermangelung von Verhandlungspartnern auf deren Angebote eingehen müssen, um die Versorgung sicherzustellen.

Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Regelungen und Sanktionsmaßnahmen, um Kooperationen auf Leistungserbringerseite und Verhaltensweisen zu unterbinden, die dazu geeignet sind, Wettbewerb zu verhindern, einzuschränken oder zu verfälschen. Dazu ist insbesondere die Vertragshoheit auf einzelne Leistungserbringende, einzelne Verbände oder einzelne Zusammenschlüsse von Leistungserbringenden (z. B. Leistungsgemeinschaften) zu beschränken, mit denen Vertragsverhandlungen unabhängig voneinander geführt werden.

Bekanntmachung von Vertragspartnern im Internet schwächt die Möglichkeit von Selektivverträgen und damit den Vertragswettbewerb

Nach aufsichtsrechtlicher Auffassung haben die Krankenkassen auch die Vertragspartner im Internet bekannt zu geben. Die Bekanntgabe behindert jedoch den Wettbewerb, da marktaktive Leistungserbringende befürchten, dass sie von Mitbewerberinnen und Mitbewerbern, Verbänden oder Herstellern aufgrund ihrer Vertragsaktivitäten sanktioniert werden. Aus der Bekanntgabe der Vertragspartner ergibt sich kein Mehrwert für die Versicherten, da diese ohnehin auf Nachfrage von den Krankenkassen über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner informiert werden. Die von der Aufsicht vertretene Rechtsauffassung lässt sich dem Gesetz in keiner Weise entnehmen. Sie setzt die Krankenkassen allerdings massiv unter Druck. Die weitere Informationspflicht über die Inhalte und Konditionen abgeschlossener Verträge ist allein für Leistungserbringende von Interesse, die ernsthaft beabsichtigen und geeignet sind, einem bestehenden Vertrag beizutreten. Schützenswerte Informationen dürfen nur denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die ein berechtigtes Interesse haben, da ansonsten der Vertragswettbewerb ausgehebelt wird.

Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Regelungen, die den Umfang und die Art der Veröffentlichung von Vertragsinhalten durch die Krankenkassen sachgerecht und wettbewerbsfördernd festlegen und die den GKV-Spitzenverband befugen, das Nähere in Rahmenempfehlungen zu regeln. Es ist ferner klarzustellen, dass Vertragsinhalte nur bei berechtigtem Interesse bekannt gegeben werden müssen.

Durch das Verbot von Ausschreibungen und Open-House-Verträgen wurden wichtige Wettbewerbsinstrumente zerschlagen

Seit dem Ausschreibungsverbot im Jahr 2019 haben die Krankenkassen die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten im Wege von Verhandlungsverträgen mit Beitrittsmöglichkeit oder auf Grundlage von Einzelvereinbarungen sicherzustellen. Das im Hilfsmittelbereich postulierte Verhandlungsgebot steht nicht nur Ausschreibungen, sondern auch Open-House-Modellen entgegen, da hierzu von den Krankenkassen Voraussetzungen festzulegen wären, die gerade nicht verhandelt werden dürfen.

Die Krankenkassen hatten nur für ausgewählte Hilfsmittel Ausschreibungen durchgeführt; gemessen am gesamten Ausgabenvolumen lag der Anteil unter 10 Prozent. Genauso wie bei Verhandlungsverträgen sind auch im Rahmen von Ausschreibungen die erwarteten vertraglichen Leistungen inklusive der notwendigen Beratung und der Verpflichtung zur mehrkostenfreien Versorgung umfassend beschrieben. Sie bilden bei vertragsgemäßer Umsetzung die Grundlage für eine qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung. In geeigneten Versorgungsbereichen konnten auf diese Weise deutliche Wirtschaftlichkeitspotenziale gehoben und gleichzeitig qualitätsgesicherte Versorgung sichergestellt werden. Nach dem Wegfall der Ausschreibungen sind die Preise eklatant in die Höhe geschneit. So haben sich z. B. bei TENS-Geräten die Preise durchaus vervier- oder verfünffacht, ohne dass sich die Versorgung der Versicherten vom Grundsatz her verändert hat. In mehreren Produktbereichen wurden sogar Preisanhebungen von bis zu 800 Prozent von Leistungserbringerseite gefordert. Dies zeigt, dass die Ausschreibung zu den wichtigsten Wirtschaftlichkeitsinstrumenten im Hilfsmittelbereich gehört.

Das Ausschreibungsinstrument wurde insbesondere in Hinblick auf die Versorgungsqualität von der Politik und in der Öffentlichkeit kritisch gesehen. Durch die regelmäßige Aktualisierung

des Hilfsmittelverzeichnisses wird die Qualität der Versorgung mittlerweile stets auf dem aktuellen Stand gehalten und damit deutlich gestärkt.

Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Regelungen, durch die die vertragsrechtlichen Handlungsspielräume erweitert werden; den Krankenkassen müssen insbesondere Ausschreibungen und Open-House-Verträge mit festen Qualitätskriterien, die auch über das Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen können, wieder ermöglicht werden.

Eine rechtssichere Festsetzung von Festbeträgen ist infolge des BSG-Urteils vom 07.04.2022 und auf Basis der geltenden gesetzlichen Regelung nicht möglich

Infolge der Rechtsprechung des BSG vom 07.04.2022 können Festbeträge für Hilfsmittel nicht mehr rechtssicher festgesetzt werden und als obere Schwelle von Vertragspreisen ihre positive Wirkung entfalten. Der jährliche Mehrkostenbericht verdeutlicht aber, dass mehrkostenfreie Versorgungsleistungen auch bei festbetragsgebundenen Hilfsmitteln durchaus möglich und auskömmlich sind.

Für das BSG ist entscheidend, dass die Festbeträge – anders als im Arzneimittelbereich – nicht nur den Erstattungsbetrag der Krankenkassen, sondern auch den Abgabepreis der Leistungserbringenden gegenüber den Versicherten festlegen und begrenzen. Gerade aufgrund dieser Regelung ist kein Ansatz erkennbar, im Hilfsmittelbereich auf Basis des Sachleistungsprinzips außerhalb der Festbeträge tatsächliche Abgabepreise zu ermitteln. Denn Mehrkosten können, jedenfalls nach der gesetzlichen Konzeption, nur für zusätzliche, medizinisch nicht notwendige Leistungen anfallen. Es gibt daher keine Möglichkeit, auf Basis der Rechtsauffassung des BSG und der aktuellen Gesetzeslage zukünftig rechtssicher Festbeträge für Hilfsmittel festzusetzen. Mit dem Festbetragsinstrument ist nunmehr eines der letzten

effektiven Wettbewerbsinstrumente im Hilfsmittelbereich nicht mehr anwendbar. Die gesetzlichen Vorgaben sind so auszugestalten, dass die Festsetzung von Festbeträgen im Hilfsmittelbereich rechtssicher möglich ist. Ergänzend bedarf es gesetzgeberisch möglicher Maßnahmen gleicher Wirkung, um die durch fehlenden Anbieterwettbewerb entstandene Preisspirale nach oben zu begrenzen.

Der GKV-Spitzenverband fordert, die Festbetragsregelung für Hilfsmittel verfassungskonform und rechtssicher auszugestalten und ergänzend weitere Wettbewerbsinstrumente zu etablieren, insbesondere wieder die öffentliche Ausschreibung von Hilfsmitteln zu ermöglichen.

Schiedssprüche, die die Auffassungen der Krankenkassen stützen, werden von Leistungserbringenden vertraglich nicht umgesetzt

Die im Hilfsmittelbereich durchzuführenden Schiedsverfahren haben sich erheblich auf die Abläufe in den Vertragsverhandlungen ausgewirkt. Der Einigungswille auf dem Verhandlungsweg wird hierdurch gehemmt. Maximalforderungen werden bis in das Schiedsverfahren hinein aufrechterhalten. Bei Schiedsverfahren mit Verbänden bzw. Zusammenschlüssen von Leistungserbringenden, die ein Verhandlungsmandat (aber kein Abschlussmandat) für ihre Mitglieder haben, ist im Übrigen nicht sichergestellt, dass deren Mitglieder an die durch Schiedsspruch festgelegten Verträge gebunden sind. In der Praxis wurden Verträge mehrfach nur dann auch tatsächlich geschlossen, wenn der Schiedsspruch für die Leistungserbringenseite vorteilhaft war. So sind trotz eines Konfliktlösungsmechanismus in solchen Fällen letztlich keine Vertragsbeziehungen entstanden, wodurch die reibungslose und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung gefährdet ist. Aufwendige Schiedsverfahren sind zudem unverhältnismäßig und konterkarieren den Wettbewerb, wenn bereits ein

wirtschaftlicher Beitrittsvertrag im Wettbewerb zustande gekommen ist, zu dem grundsätzlich alle geeigneten Leistungserbringenden bzw. deren Verbände zu gleichen Konditionen beitreten können.

Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Regelungen, die allen Beteiligten verbindlich vorschreiben, Ergebnisse aus Schiedsverfahren anzuerkennen und umzusetzen, und die vorsehen, dass keine Schiedsverfahren durchzuführen sind, wenn im betroffenen Versorgungsbereich Beitrittsverträge existieren.

Einzelvereinbarungen ermöglichen zügige und unbürokratische Entscheidungen, werden aber durch unterschiedliche Rechtsauslegung zunehmend behindert

Bei den meisten Verträgen im Hilfsmittelbereich handelt es sich um verhandelte Rahmenverträge, auf deren Basis eine Vielzahl von Versorgungseinzelner Versicherter durchgeführt wird. Vertragsverhältnisse können weiterhin durch Beitritte vertragsungebundener Leistungserbringender zu den Rahmenverträgen zu gleichen Bedingungen begründet werden. Sowohl beim Abschluss von Rahmenverträgen als auch bei Vertragsbeitritten sind allen Leistungserbringenden oder deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringenden Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.

Sofern kein Rahmenvertrag besteht, können Einzelvereinbarungen getroffen werden, d. h., die einzelne Versorgung erfolgt auf Basis eines Kostenvoranschlags. Ob ein Vorrangverhältnis zwischen Rahmenvertrag und einer Einzelfallvereinbarung besteht, wird unterschiedlich beurteilt. So ist insbesondere eine Krankenkassenaufsicht der Auffassung, dass Vereinbarungen im Einzelfall nur die absolute Ausnahme darstellen dürfen. Dies ist weder dem Gesetzeswortlaut zu entnehmen, noch liegen hierfür irgendwelche Gründe vor. Es entspricht auch keiner sinnvollen

Vorgehensweise, wenn beispielsweise in einem Versorgungsbereich nur sporadisch Versorgung stattfinden. Der Abschluss von Rahmenverträgen führt in diesen Fällen zu unverhältnismäßiger Bürokratie, ohne die Versorgung zu verbessern oder wirtschaftlicher zu gestalten.

Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Klarstellungen, wonach Rahmenverträge und Einzelvereinbarungen gleichrangig geschlossen werden können, soweit noch kein Rahmenvertrag in dem betroffenen Produktbereich existiert.

Unterschiedliche Umsatzsteuersätze für gleichartige oder identische Hilfsmittel sind sachlich nicht gerechtfertigt, für die Praxis verwirrend und ausgabentreibend

Das Umsatzsteuergesetz führt Gegenstände auf, die dem ermäßigten Steuersatz unterliegen. Die Liste umfasst nur einen Teil der Hilfsmittel, die im Rahmen der GKV abgegeben werden. Hinzu kommt, dass aufgrund der Bezugnahme im Umsatzsteuergesetz auf bestimmte Positionen des Gemeinsamen Zolltarifs auch innerhalb einzelner Hilfsmittelarten teilweise unterschiedliche Umsatzsteuersätze gelten. Einige gleichartige oder identische Hilfsmittel unterliegen daher in Deutschland einer unterschiedlichen Besteuerung, ohne dass es dafür einen sachlichen Grund gibt. Dies führt auch zu einer Ungleichbehandlung von gesetzlich Versicherten.

Die steuerrechtlichen Zuordnungsschwierigkeiten oder auch Rechtsänderungen behindern das Zustandekommen von Preisvereinbarungen. Sie können zudem nachträgliche Umsatzsteuerkorrekturen und Rechnungsberichtigungen erforderlich machen. Die Begünstigung der im Umsatzsteuergesetz ausgewiesenen, unter den ermäßigten Steuersatz fallenden Gegenstände soll - wie dort ausgeführt - insbesondere auch die finanziellen Belastungen der Sozialversicherungsträger sowie der Patientinnen und Patienten in Grenzen halten. Ein öffentliches Interesse an der Minderung der

finanziellen Belastungen für die sozialen Sicherungssysteme und damit auch für die Arbeitgebenden sowie die Versicherten besteht jedoch nicht nur bei dort explizit aufgeführten Gegenständen. Die für ihre Begünstigung maßgeblichen Gründe treffen auf alle Hilfsmittel zu, die im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme abgegeben werden.

Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Regelungen, mit denen die Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes auf alle medizinischen Geräte und Hilfsmittel ausgedehnt wird.

Der Aufwand für die Prüf- und Dokumentationspflichten steht stellenweise nicht im Einklang mit dem Nutzen

Die Krankenkassen überwachen, ob die Leistungserbringenden die vertraglichen und gesetzlichen Pflichten einhalten. Dies umfasst insbesondere auch die Beratung der Versicherten über für sie geeignete, mehrkostenfreie Versorgung. Die Krankenkassen können dabei verschiedene Dokumentationen verlangen, die die Leistungserbringenden vorhalten müssen. Der Umfang dieser Dokumentationspflichten ist auf den Prüfstand zu stellen. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sollen die Krankenkassen bei ihrer Überwachungstätigkeit den Verwaltungsaufwand bei der Wahl der Überwachungsinstrumente berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband in Rahmenempfehlungen auch auf diverse niederschwellige und verwaltungssarme Instrumente hingewiesen, z. B. die Auswertung von Daten, Unterlagen und Dokumentationen oder Beschwerden der Versicherten. Diese Instrumente werden von den Krankenkassen angemessen genutzt. Dabei wird berücksichtigt, dass Versichertenbefragungen für die Krankenkassen sehr aufwendig sind, hohe Kosten verursachen, die Versicherten belasten und nur zu punktuellen Erkenntnissen führen. Zielführender

wäre es, die bürokratiearmen Instrumente zu stärken, insbesondere um auch die Mehrkostenversorgungen einfacher und umfassender überprüfen zu können.

Der GKV-Spitzenverband fordert gesetzliche Regelungen, mit denen die Leistungserbringenden zur Angabe über die Gründe für Mehrkosten im Wege elektronischer und digital auswertbarer Daten verpflichtet werden. Gleichzeitig ist klarzustellen, dass die Wahl der Überwachungsinstrumente angemessen sein muss und mit möglichst geringem Aufwand verbunden sein sollte.

Die Krankenkassen haben unververtretbare Betreiberpflichten zu erfüllen, die sich auf den Einsatz von Produkten in Gesundheitseinrichtungen beziehen

Den Krankenkassen wurden durch Änderung der Medizinproduktebetreiberverordnung mit Wirkung zum 01.01.2017 die Pflichten der Betreiber im Sinne des Medizinprodukterechts auferlegt, obwohl sich diese generell auf Produkte beziehen, die in Gesundheitseinrichtungen eingesetzt werden. Bei der Umsetzung sind die Krankenkassen auf die Vertragspartner angewiesen, was sowohl für diese als auch für die Krankenkassen mit einem unververtretbaren Aufwand und mit hohen Kosten verbunden ist, ohne dass für die Versicherten ein Mehrwert damit verbunden ist. Teilweise können die Pflichten selbst von den Vertragspartnern nicht umgesetzt werden.

Der GKV-Spitzenverband fordert rechtliche Änderungen in der Medizinproduktebetreiberverordnung, mit denen die Krankenkassen von unnötigen, nicht umsetzbaren Betreiberpflichten entbunden werden, insbesondere soweit sie sich auf den Einsatz von Produkten in Gesundheitseinrichtungen beziehen oder im Verhältnis zum Risikopotenzial der Hilfsmittel unangemessen sind.

Im Rahmen der Präqualifizierungstätigkeit fallen Überwachungstätigkeiten an, zu deren Umfang und Häufigkeit unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen

Zur Stärkung der Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung erfolgt die Begutachtung, Bestätigung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen im Hilfsmittelbereich durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS). Die Leistungserbringenden müssen sich alle fünf Jahre einem Zertifizierungsverfahren und in der Zwischenzeit regelmäßigen Überwachungsaudits unterziehen. Insbesondere bei anpassungsbedürftigen Produkten erfolgt die Überwachung auf Basis von aufwendigen Betriebsbegehungen. Es bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, wie häufig und in welcher Form solche Überwachungsaudits unter Berücksichtigung von einschlägigen Normen und DAkkS-Regelungen zu erfolgen haben. Dies führt zu einem überhöhten und nicht gerechtfertigten Prüfaufwand, der sich letztendlich in den Vergütungen der Leistungserbringenden widerspiegelt. Auffälligkeiten im Rahmen der Überwachung treten im Übrigen weniger bei den räumlichen und sachlichen als bei den fachlichen Anforderungen auf.

Der GKV-Spitzenverband fordert rechtliche Klarstellungen, wonach die Überwachungstätigkeit lediglich einmalig im Gültigkeitszeitraum stattfinden muss, sich auf die fachlichen Anforderungen beschränkt und grundsätzlich nach Aktenlage erfolgt.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel müssen für die Versicherten einfach zugänglich sein und sich am jeweiligen Versorgungsbedarf orientieren

Anspruchsberechtigte Versicherte erhalten von der Pflegeversicherung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel monatlich maximal 40 Euro. Der Aufwand, der auf Basis der bestehenden Sachleistungsregelung mit dem Bewilligungs-, Abrechnungs- und dem Vertragsgeschäft verbunden ist, steht bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in keinem angemessenen Verhältnis zu einem etwaigen Nutzen dieser Regelung. Echte Steuerungsmöglichkeiten durch Verträge bestehen in diesem Bereich nicht. Die Regelungen führen häufig eher zu Überversorgungen, da die Produkte in vorkonfigurierten Pflegeboxen angeboten werden und der Bedarf nicht im Einzelnen überprüft werden kann. Auf dem freien Markt bieten andere Anbieter (z. B. Drogeriemärkte) entsprechende Produkte in der Regel kostengünstiger und qualitativ gleichwertig an. Den Versicherten muss ermöglicht werden, ihre Kaufentscheidung anhand ihres tatsächlichen Bedarfs unter eigenen Gesichtspunkten treffen zu können. Sie erhalten damit mehr Flexibilität, um die Auswahl der benötigten Produkte einem sich monatlich ändernden Bedarf anzupassen. Die Versorgungsprozesse könnten auf diese Weise ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt werden. Zugleich könnten kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege ermöglicht werden.

Der GKV-Spitzenverband fordert eine gesetzliche Neuregelung, wonach die Versorgung durch die Auszahlung eines festen pauschalen Leistungsbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel an die Leistungsberechtigten erfolgt, damit die Versicherten ihre Kaufentscheidung flexibel treffen können.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de