

## **Unverständnis über BAS Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung**

- Bereits im Tätigkeitsbericht 2021 zeichnet das BAS ein sehr schlechtes Bild der Hilfsmittelversorgung durch die Gesetzlichen Krankenkassen und äußert erhebliche Zweifel, ob die Krankenkassen die gesetzlichen Zielvorgaben perspektivisch erreichen können.
- Im vergangenen Jahr hat das BAS eine Prüfung der Gesetzlichen Krankenkassen bezüglich der Qualität, dem wohnortnahen Zugang und der Transparenz der Hilfsmittelangebote bundesweit vorgenommen. Es kommt zu dem Ergebnis, dass die Gesetzlichen Krankenkassen insgesamt über zu wenige Verträge zur Hilfsmittelversorgung nach § 127 Abs. 1 verfügen (ca. 50-80 % Abdeckung bezogen auf 1.923 Produktarten des Hilfsmittelverzeichnisses). Zudem stelle keine Krankenkasse ihren Versicherten eine hinreichende Transparenz über die Vertragspartner zur Verfügung und prüfe die Qualität der Versorgung ausreichend.
- Das BAS schlussfolgert daher, *„dass sich das wettbewerbsbasierte Vertragsmodell in der Hilfsmittelversorgung nicht bewährt hat“* und stellt fest, *„dass insbesondere kleine Krankenkassen mit dem gesetzlichen Auftrag, die Sicherung der Hilfsmittelversorgung durch den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern im gesamten Bundesgebiet sicherzustellen, überfordert sind.“*
- Im Sonderbericht 2022 wird nun erklärt, dass sich aus der aufsichtsrechtlichen Prüfung Missstände in Bezug zur Rechtsgrundlage oder zum Willen des Gesetzgebers ableiten lassen.
- Als Fazit seien die Missstände so gravierend, *„dass es kaum möglich sei, mittelfristig befriedigende Ergebnisse für eine insgesamt bessere Gesamtversorgung zu erreichen“*. Daher plädiert das BAS für eine komplette systemische Umstellung, indem eine *„radikale Abkehr von wettbewerblicher Ausgestaltung“* durch *„eine Rückkehr zur Zulassung der Leistungserbringer per Verwaltungsakt und landesweit einheitliche Versorgungsverträge“*
- Aus der operativen Perspektive der Krankenkassen relativieren sich die Missstände deutlich, sofern man sie dann überhaupt noch als solche bezeichnen kann.
- Die These des BAS, dass sich das *„wettbewerbsorientierte Vertragsmodell daher nicht bewährt hat“*, ist nicht zu halten, genauso wenig wie die Forderung nach einer systemischen Veränderung. Im Gegensatz dazu wird seitens der BKKn vom BAS eine maßvolle Ausübung der Rechtsaufsicht“ gefordert. Dabei sollte den Kassen die Beurteilung überlassen bleiben, ob Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V oder Verträge nach § 127 Abs. 3 SGB V sinnvoller sind.

## **Die tatsächliche Versorgungslage widerspricht den Thesen des BAS deutlich!**

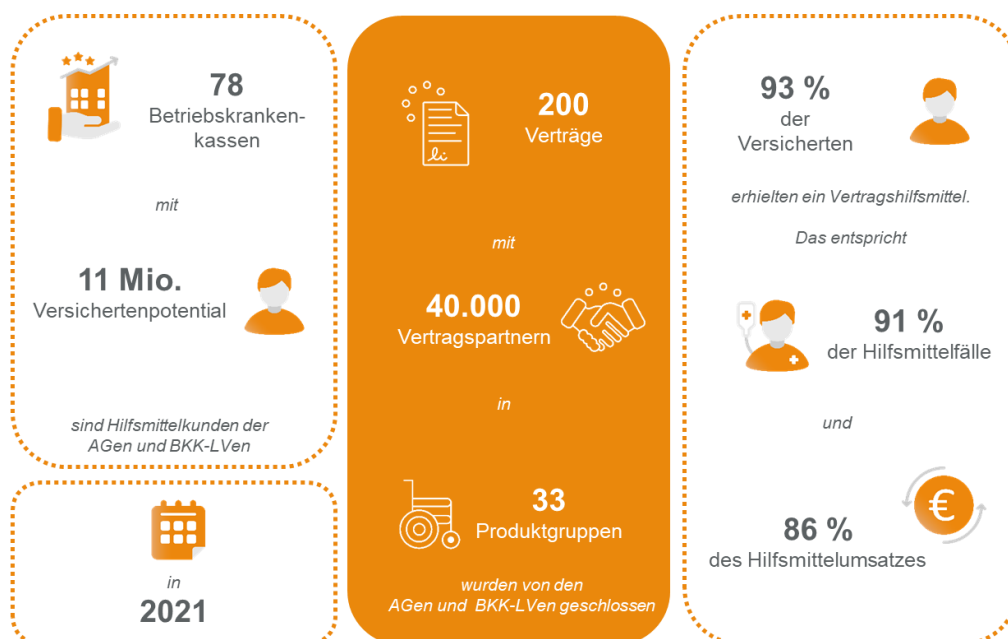
Vorwurf: **„Deutliche Unterdeckung der Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V“**

### Faktische Situation

- Das bloße Aufsummieren und Abgleichen von Hilfsmittelpositionen spiegelt die echte Versorgungssituation nicht wider und führt - wie durch das BAS vorgenommen - zu Fehlinterpretationen.
- Das BAS setzt Hilfsmittelpositionen mit geringen Versorgungsfällen mit den Hilfsmittelpositionen mit hoher Fallzahl- und Umsatzrelevanz gleich. So ergibt sich ein schiefes Bild, das sich in der Versorgung der Versicherten, gewichtet nach der Relevanz der einzelnen Produkte am Gesamtmarkt, aber völlig anders darstellt.
- Weitere systematische Fehler in den Auswertungen des BAS sind: die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses wurde teilweise genau so wenig berücksichtigt, wie die

Zusammenfassung von Hilfsmittelpositionsnummern zu Versorgungskomplexen in den Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V

- In allen versorgungsrelevanten Produktgruppen ist die vertragliche Versorgung sichergestellt. 93% der Versicherten erhalten ein Hilfsmittel auf Grundlage von Versorgungsverträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V.
- Darin enthalten sind auch Verträge zu sämtlichen festbetragsgeregelten Produktgruppen (z.B. Einlagen, Hörhilfen etc.). Damit ist auch die Aussage des BAS, dass sich „Die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen (...) bei ihren Vertragsschlüssen (...) auf Hilfsmittelbereiche, für die kein Festbetrag (...) festgesetzt worden ist“ beschränken, widerlegt. Der daraus resultierende Vorwurf, „dass die Krankenkassen und ihre Verbände Rahmenverträge nicht mit dem Ziel einer Qualitätssicherung abschließen.“ muss also klar zurückgewiesen werden.
- Die Versorgungsleistungen in den Produktgruppen ohne Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V machen einen minimalen Anteil an den gesamten Versorgungsfällen aus. Diese Versorgungsleistungen werden über Verträge nach § 127 Abs. 3 SGB V sichergestellt.
- Wenn Krankenkassen Versorgungsleistungen nicht über Verträge nach § 127 Abs. 1 regeln handelt es sich um fachlich begründete, sehr bewusste Entscheidungen. Diese Versorgungsleistungen sind in der Regel zu individuell, als dass sie nach dieser vertraglichen Grundlage sinnvoll geregelt werden können. Ein Beispiel dazu wären die vom BAS angeführten Blindenführhunde. Das BAS setzt das Fehlen eines Vertrages, mit qualitativen und zeitlichen Nachteilen in der Versorgung gleich, „es wäre keine Teilhabe am sozialen Leben möglich“. Dies bleibt unbegründet und ist falsch. Blindenführhunde stellen eine hochindividuelle Hilfsmittelversorgung mit Lebewesen dar. Die Wartezeiten liegen nicht an vertragslosen Zuständen, sondern am Training des Hundes, der professionell und exakt auf den Versicherten ausgebildet wird.



Quelle: **GWQ+** Health Data Lab

**Vorwurf: Benennung der Vertragspartner gegenüber beitrittswilligen Leistungserbringern**

Faktische Situation:

- Die Vertragspartner sind nach § 127 Absatz 6 SGB V den Versicherten bekannt gemacht und werden bei Beratungen der Versicherten durch die BKK auch wohnortnah abschließend genannt. Die Leistungserbringer nach § 127 Absatz 3 SGB V sind von dieser Rechtsvorschrift nicht erfasst.

**Vorwurf: Die Vertragsabdeckung ist häufig unzureichend, so dass eine wohnortnahe Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip nicht immer gewährleistet ist.**

Faktische Situation

- Die vertragliche Abdeckung nach § 127 Abs. 1 SGB ist entsprechend des Versorgungsbedarf der Versicherten sichergestellt. In den Regionen, in denen Versicherte Hilfsmittel in Anspruch nehmen, gibt es eine ausreichende Auswahl an Leistungserbringern.

**Vorwurf: Insbesondere kleine Krankenkassen sind mit der Sicherung der Hilfsmittelversorgung durch den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern im gesamten Bundesgebiet überfordert**

Faktische Situation

- Alle 78 BKKen arbeiten im Hilfsmittelmanagement mit Arbeitsgemeinschaften und Landesverbänden zusammen. Somit erreichen diese Krankenkassen eine bundesweite, vertragliche Flächendeckung.

**Vorwurf: Fehlende Transparenz über die vorhandenen vertraglichen Regelungen**

Faktische Situation:

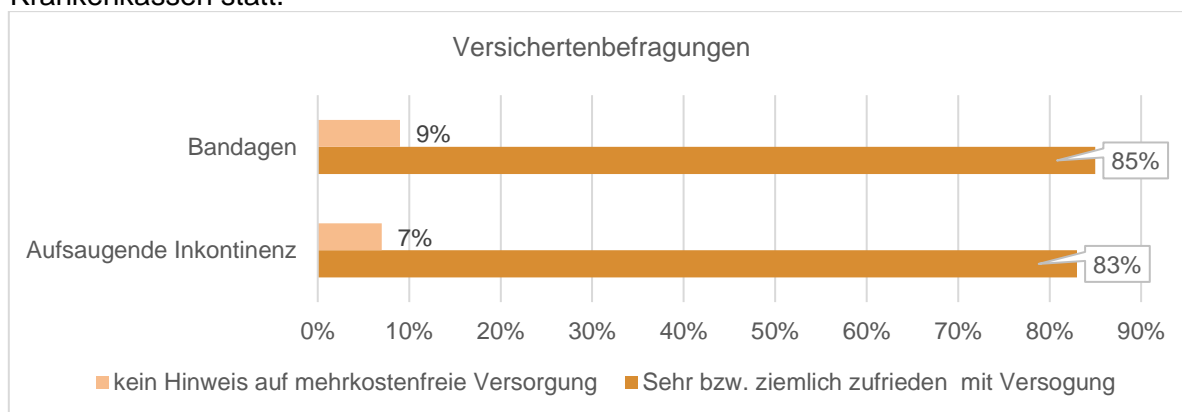
- Wir nehmen als BKK-System diese Pflicht sehr ernst und arbeiten über verschiedene Maßnahmen an einer Weiterentwicklung mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaften und Dienstleister.
- Fast alle BKKen kommen der Transparenzverpflichtung gegenüber der Versicherten über die Vertragspartner nach. Z. B. arbeiten Krankenkassen hier mit den Lösungen der HMM Deutschland GmbH und medicomp sowie der Web-Applikation hello Hilfsmittel der GWQ, die bereits 20 Krankenkassen mit insgesamt rd. 4 Mio Versicherten nutzen. Darin werden zu nahezu allen Produktgruppen Informationen bereitgestellt und die Vertragspartner angezeigt ([weitere Informationen](#)). Die Auffassung des BAS zu wesentlichen Vertragsinhalten ist nicht nutzerorientiert und hilft den Versicherten nicht weiter (Angabe Preis, Darstellung der Hilfsmittel nach 7-Stellen). Die BKKen beraten ihre Versicherten umfangreich zu ihren Angeboten der Hilfsmittelversorgung. Die Auffassung des BAS zu Inhalten und Umfang zur Information KASSENFREMDER Versicherte werden zudem von andern Aufsichtsbehörden nicht geteilt (100. Aufsichtstagung). Ebenso sind sie nach Einschätzung von Patientenvertretern weder adressatengerecht noch tragen sie dazu bei, das Hilfsmittelangebot einer Kasse beurteilen zu können. Dies wurde in einem vom BVMed initiierten Roundtable-Gespräch unter Einbeziehung von Patientenvertretern, Krankenkassenvertretern und dem BMG deutlich (Roundtable am

22.02 und 22.06.2021). Hervorzuheben ist, dass diese Veröffentlichungspflicht nach der Gesetzesbegründung vor allen Dingen Versicherten anderer Kassen zur Information dienen soll.

### Vorwurf: Eine unzureichende Prüfung der Qualität

#### Faktische Situation:

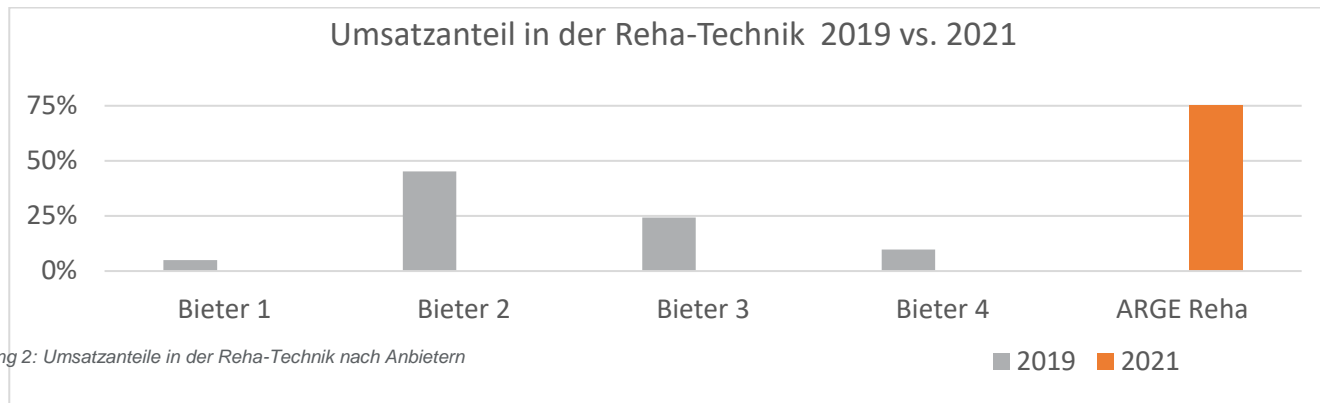
- Krankenkassen führen sowohl Stichproben- als auch Auffälligkeitsprüfungen zur Sicherung der Versorgungsqualität durch und bedienen sich auch hier ihrer Arbeitsgemeinschaften.
- Beispielhaft seien hier Versichertenbefragung zu Bandagen und Aufsaugende Inkontinenz von 14 BKKen benannt. Im Anschluss an die Beratung fand ein Mailing an auffällige Leistungserbringer sowie die Anforderung von Mehrkostenerklärung durch die teilnehmenden Krankenkassen statt.



Quelle: GWQ

#### Zwischenfazit

- Die Ableitungen des BAS entsprechen- wie dargelegt - – nicht der realen Versorgungssituation. Sie beziehen sich auf Datenmeldungen, die unvollständig vom BAS ausgewertet und eigenwillig interpretiert wurden. Somit können auch nicht die richtigen Schlussfolgerungen gezogen werden. Dennoch ist es richtig, dass es zu Reformbemühungen kommen muss, denn das eigentliche Problem wird vom BAS Sonderbericht nicht erfasst bzw. nur beiläufig erwähnt.
- Der Abschluss von Verträgen ist zunehmend erschwert. Seit dem Verbot von Hilfsmittelausschreibungen zeigt sich eine Monopolisierungstendenz bei Leistungserbringern und deren Verbänden: Für viele Produktarten wird nur noch ein Angebot von einem oder wenigen marktbeherrschenden Bietern mit hohen Preisforderungen abgegeben. Der Wettbewerb wird dadurch massiv eingeschränkt.



- 
- Hohe Preissteigerungen in 2022 in vielen umsatzstarken Produktbereichen belasten die Solidargemeinschaft. In den meisten Produktgruppen wurde lediglich ein Angebot von einem Leistungserbringerzusammenschluss abgegeben.
- Das Bundeskartellamt hat die Problematik bereits erkannt und beispielsweise im Bereich Reha-Technik ein kartellrechtliches Verfahren gegen die Anbieter eingeleitet.
- Durch die fehlende Einflussmöglichkeit der Krankenkasse auf konkrete Produkte in den Versorgungsverträgen, ist die Produktqualität der bereitgestellten Hilfsmittel an den Versicherten nicht gesichert und kann zu unbegründeten Mehrkosten für den Versicherten führen

### **Vorschlag des BAS löst nicht die Probleme**

- Die Problematik der Monopolisierung und damit einhergehenden Preissteigerung wird durch die Wiedereinführung des Zulassungsverfahrens nicht gelöst, sondern lediglich auf die Länderebene verlagert
- Gemeinsame und einheitliche Verträge sind ein Innovationshemmnis, neue Versorgungsformen, z.B. digital unterstützte Lösungen, finden nicht mehr statt. Hierzu vertritt das BAS die nicht mehr zeitgemäße Auffassung, dass „die Beratung der Versicherten auf ihren Wunsch „analog“ in den Geschäftsräumen der Leistungserbringer oder vor Ort beim Versicherten durchzuführen“ ist und nur auf Wunsch und nach schriftlicher oder digitaler Verzichtserklärung anders bzw. „digital“ stattfinden soll.
- Benachteiligung bundesweiter Kassen, deren Administrationsaufwände durch länderungleiche Verträge steigen