



GWQ-Positionspapier Hilfsmittel

Oktober 2023

GKV-Hilfsmittelmarkt zukunftsgerecht reformieren – Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessern

Der Hilfsmittelmarkt fristet üblicherweise in der GKV ein Schattendasein im Vergleich zu den großen Sektoren der stationären und ambulanten Versorgung sowie dem Arzneimittelmarkt. Für die Versicherten sind die Hilfsmittel allerdings häufig von großer Bedeutung, da sie einen erheblichen Teil dazu beitragen, die Auswirkungen einer Erkrankung zu kompensieren, indem sie z. B. den Alltag erleichtern und die gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Für die Gesetzliche Krankenversicherung sind die Hilfsmittel mit fast zehn Milliarden Euro pro Jahr zudem ein relevanter und stetig steigender Ausgabenposten.

Die Überprüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in allen Bereichen ist für die GKV eine gesetzlich übertragene Aufgabe. In den vergangenen Jahren ist infolge von vereinzelten Qualitätsdefiziten in der Versorgung auch vom Gesetzgeber in den Hilfsmittelsektor eingegriffen worden. So wurden im Mai 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beispielsweise Ausschreibungen bei Hilfsmitteln abgeschafft, obwohl nur wenige Kassen davon Gebrauch gemacht hatten. Verträge sollen seitdem ausschließlich auf dem Verhandlungsweg geschlossen werden.

Es ist nun festzustellen, dass seit Inkrafttreten des TSVG die Marktstatik eine nachhaltige Veränderung erfahren hat, die Fehlentwicklungen im Hilfsmittelmarkt mit Konzentrationsprozessen mit sich gebracht hat. Dies führt nicht nur zu einer qualitativen Verschlechterung der Patientenversorgung, sondern verursacht auch höhere Ausgaben.

Mehrere Verfahren zeigen aktuell Fehlentwicklungen und Reformbedarf auf. Das Bundeskartellamt erließ jüngst eine Abmahnung gegen diverse Hilfsmittelverbände. Die Europäische Kommission leitete schon vor geraumer Zeit ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland wegen der Abschaffung der Hilfsmittelvergabe ein. Auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat den Bereich untersucht und Reformvorschläge vorgelegt.

Bundeskartellamt erlässt Abmahnung gegen Hilfsmittelverbände

Im September 2021 hatte ein Zusammenschluss von etlichen Leistungserbringerverbänden in der Rehatechnik (ARGE Reha)¹ einheitliche und sofortige Preiserhöhungen für alle Verträge im Reha- und Pflegebereich gegenüber den Krankenkassen gefordert. Hintergrund waren insbesondere postulierte massive Kostensteigerungen bei Fracht und Rohstoffen. Entsprechende Belege und Kalkulationsgrundlagen wurden allerdings nicht vorgelegt. Stattdessen drohte die ARGE Reha, alle Verträge zu kündigen. Für die Krankenkassen entsteht durch einen vertragslosen Zustand mit dem Großteil des Marktes ein deutlich erhöhter Mehraufwand im Genehmigungs-geschehen sowie nicht kalkulierbare Kostensteigerungen durch freie Kostenvoranschläge. Last but not least wird die Versorgung der Versicherten gefährdet. Da die ARGE im Bereich Rehatechnik rund 80 Prozent des Gesamtmarktes abdeckt, haben sich die Krankenkassen an das Bundeskartellamt gewandt.

Die Prüfung des Bundeskartellamts hat bestätigt: Die Bildung einer Anbietergemeinschaft aus nahezu allen relevanten Hilfsmittel-Verbänden ist unvereinbar mit dem Kartellverbot und die Mitglieder der ARGE Reha wurden als Quasi-Monopol abgemahnt. In der Pressemitteilung vom 25.01.2023 betont Andreas Mundt, Präsident des Bundeskartellamtes: „Nur im Wettbewerb bilden sich marktgerechte Preise, die letztlich beide Seiten gegen Ausbeutung schützen.“

Die ARGE Reha ist kein Einzelfall

Die Problematik im Bereich Rehatechnik ist allerdings nur ein Beispiel für eine generelle Tendenz im Hilfsmittelmarkt, in dem sich Leistungserbringer und Leistungserbringerverbände immer mehr konzentrieren und sich zu monopolistischen, wettbewerbsbeherrschenden Strukturen zusammenschließen. Ähnliche Entwicklungen gibt es beispielsweise auch im Homecarebereich, bei Hörhilfen oder bei Geräten zur Muskel- und Nervenstimulation (TENS/EMS). Die Konsequenz ist, dass die Krankenkassen in fast allen Produktbereichen nur noch mit einem Bieter verhandeln. Der Wettbewerb wird so massiv eingeschränkt und die Solidargemeinschaft ist mit enormen Kostensteigerungen konfrontiert. Preisanpassungen im zweistelligen Prozentbereich sind zur Regel geworden.

¹ Bestehend aus: BIV-OT, EGROH, CURA-SAN, rehaVital, Reha-Service-Ring und Sanitätshaus Aktuell.

Status quo ist im Wesentlichen auf wettbewerbsbehindernde Eingriffe zurückzuführen, die auf einer Fehlinterpretation beruhen

Die Monopolisierungstendenzen sind vor allem auf Eingriffe des Gesetzgebers, insbesondere auf den Wegfall der Ausschreibungsmöglichkeit als Wettbewerbstool mit dem TSVG zurückzuführen. Der GKV wurde ein wichtiges und wirkungsvolles Wettbewerbsinstrument zur Regulierung der Hilfsmittelausgaben bei gleichzeitiger Sicherung erhöhter Qualität und Kontrollierbarkeit der Versorgung genommen. Nun geht das Bundeskartellamt im Fall der ARGE Reha von einem Verstoß gegen die Vorschriften des europäischen Kartellrechts aus. Dabei beruht die Intention des Gesetzgebers auf einer Fehlinterpretation, die bei wettbewerblichen Ausschreibungen eine Fokussierung alleine auf den Preis gesehen hat. Bei entsprechenden Rahmenbedingungen fokussiert der Wettbewerb aber auf Preis und Qualität. Insofern wurde hier das Kind mit dem Bade ausgeschüttet.

Bundesamt für Soziale Sicherung legt Sonderbericht zu Hilfsmitteln vor

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zeichnet in seinem Sonderbericht zur Hilfsmittelversorgung ein falsches Bild der Vertrags- und Versorgungsabdeckung in der GKV und setzt den Fokus nicht auf die relevanten Probleme in der Hilfsmittelversorgung. Die wenigen fehlenden Verträge sind nicht in einer Überforderung der Krankenkassen und einem Scheitern des „wettbewerbsorientierten Vertragssystems“ begründet. Nach Analyse der GWQ können >98 Prozent der Versorgungsfälle im BKK-System über bestehende Hilfsmittelverträge versorgt werden. Die Problematik der Monopolisierung und der damit einhergehenden Preissteigerung wird durch die vom BAS vorgeschlagene Wiedereinführung eines Zulassungsverfahrens nicht gelöst, sondern lediglich auf die Länderebene verlagert.

Leitverträge sind wettbewerbs- und innovationsfeindlich

Die aktuelle Regelung der Verhandlungs- und Beitrittsverträge ermöglicht eine Vertragsvielfalt, in der neben den „Standard-Verträgen“, die oft den kleinsten gemeinsamen Nenner aller Leistungserbringer abbilden, weitere zusätzliche Verträge mit besonderen Qualitätsanforderungen oder innovativen Versorgungsansätzen realisierbar sind (z. B. intensivierete Beratungskonzepte, höhere fachliche Anforderungen, Einbindung digitaler Komponenten etc.). Gemeinsame und einheitliche Verträge, wie u. a. vom BAS und den Leistungserbringerverbänden gefordert, sind ein Innovationshemmnis. Neue Versorgungsformen, z. B. digital unterstützte Lösungen und/oder qualitätsorientierte Verträge, finden dann nicht mehr statt. Das Problem der Monopolverhandlungen wird damit nicht gelöst. Im Gegenteil – die Problematik würde noch verschärft werden, wenn stets auf Einheitsvorgaben rekurriert werden muss. Ein vielfach vorgebrachtes Argument pro Leitverträge ist der Abbau von Bürokratie. Zur Begründung werden u.a. die „vielen unterschiedlichen Kassenverträge“ von 97 Kassen herangezogen. Allein die GWQ vertritt 51 mittelständische Krankenkassen im Hilfsmittelmanagement, was diese These somit deutlich relativiert.

Dennoch können sicherlich an einigen Stellen Bürokratielasten reduziert werden. Leitverträge werden aber auch dazu keine Lösung anbieten, denn die Verantwortung, diese „auszuhandeln“, soll erneut jenen Akteuren obliegen, die bereits in der Vergangenheit Bürokratiehemmnisse abbauen sollten, dabei aber zu keinen einvernehmlichen Lösungen gekommen sind (vgl. § 127 Abs. 5 und 9 SGB V). Auch von dem in den Rahmenempfehlungen vorgesehen gemeinsamen „Vertragsausschuss“ wurden bisher keine Lösungsvorschläge vorgelegt (§ 8 Rahmenempfehlungen gem. § 127 Abs. 9 SGB V). Die Frage, ob Leitverträge irgendeine Verbesserung darstellen, kann somit eindeutig verneint werden, vielmehr sind dadurch Ausgabensteigerungen zulasten der Solidargemeinschaft ohne nennenswerte Verbesserungen der Versorgungsqualität zu erwarten. Anstelle von Einheitsvorgaben benötigen Krankenkassen wieder effektive Wettbewerbsinstrumente, um eine wirtschaftliche, qualitätsorientierte und innovationsfreundliche Hilfsmittelversorgung zu gestalten. Die Vertragsvielfalt muss erhalten bleiben.

Im Wettbewerb funktioniert die Versorgung besser

Das Bundeskartellamtsverfahren hatte im vergangenen Jahr unmittelbare Auswirkungen auf das wettbewerbliche Verhalten der Leistungserbringerzusammenschlüsse. Im umsatzstarken Bereich der Medizintechnik hatten sich ebenfalls sämtliche marktführende Anbieter zusammengeschlossen, um hohe, zweistellige Preisforderungen durchzusetzen. Nach Bekanntgabe des Kartellamtsverfahrens hat sich dieser Zusammenschluss unmittelbar aufgelöst und die Unternehmen sind einzeln in Verhandlungen eingestiegen. Durch die Vielzahl von Angeboten und die Möglichkeiten des Vergleichs konnte ein wesentlich wirtschaftlicheres, marktgerechtes und transparentes Ergebnis erzielt werden. Dies konnte die Belastungen der Leistungserbringer ausgleichen und ermöglichte es den Krankenkassen, ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen.

Bausteine für eine bessere Hilfsmittelversorgung

Die Entwicklungen der letzten Jahre und die Feststellung des Bundeskartellamts zeigen, dass für eine marktgerechte Preisfindung und bessere Qualität wieder mehr Wettbewerb in den GKV-Hilfsmittelmarkt einziehen muss. Dies ist nur durch eine wettbewerbsfördernde Gesetzgebung möglich, die die Versorgungsvielfalt erhält. Im Rahmen der Verhandlungen muss mehr Transparenz zu Preis und Qualität hergestellt werden. Leistungserbringer sind derzeit nicht verpflichtet, im Rahmen der Verhandlung Kalkulationen offenzulegen. Einkaufspreise sowie Herstellerrabatte sind den Krankenkassen daher nicht bekannt. Dabei ist Preistransparenz eine Notwendigkeit, um die solidarisch finanzierte Krankenversicherung vor Mehrkosten zu schützen. Darüber hinaus liegt die Hoheit über die Produktauswahl ausschließlich beim Leistungserbringer, die Krankenkassen haben wenig Möglichkeiten, auf die Produktauswahl Einfluss zu nehmen. Vor diesem Hintergrund bieten sich für eine bessere Hilfsmittelversorgung die folgenden Lösungsansätze an:

- **Allgemeines Kontrahierungsgebot für Leistungserbringer:** Grundsätzlich ist es für die Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung wichtig, dass Leistungserbringer, die in der GKV versorgen möchten, verpflichtet sind, einen Vertrag mit der Krankenkasse mittels Verhandlung abzuschließen oder einem bestehenden Vertrag beizutreten. Ein allgemeines Kontrahierungsgebot besteht in dieser Form für Leistungserbringer aktuell nicht, da § 127 Abs. 3 SGB V als Regelungslücke für freie Kostenvoranschläge missbraucht wird.
 - **Das Kontrahierungsgebot sichert eine flächendeckende Vertragsabdeckung und bietet maximale Transparenz.** Einen Versorgungsvertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V mit der Krankenkasse abzuschließen bzw. einem bestehenden Vertrag via § 127 Abs. 2 SGB V beizutreten muss

für Leistungserbringer für die Versorgung von GKV-Versicherten die verpflichtende Grundvoraussetzung sein. Da Krankenkassen bereits jetzt schon verpflichtet sind, Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V zu schließen, sind „Vertragslücken“, wie vom BAS aufgezeigt, dann Ausnahmen.

- **Die Einzelfallregelung nach § 127 Abs. 3 SGB V darf nur in Ausnahmefällen angewendet werden.** Der § 127 Abs. 3 darf nur in Fällen greifen, in denen die Krankenkasse keinen Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V vorhalten sollte, z. B. bei nicht zeitlich getakteten Anschlussverträgen, bei neuen Produkten oder Produktbereichen im Hilfsmittelverzeichnis oder bei Versorgungsbereichen, in denen ein Versorgungsvertrag zu administrieren wirtschaftlich aufgrund zu geringer Versorgungsfälle nicht effektiv ist (z. B. Blindenhunde).
- **Die vertraglichen Rahmenbedingungen sind damit auch bei besonderen Versorgungsfällen sichergestellt.** Die Versorgungsverträge nach § 127 Abs. 1 bzw. 2 können stets nur die durchschnittlichen Versorgungsansprüche abbilden. Der Passus *„eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist“* muss aus dem § 127 Abs. 3 SGB V gestrichen werden. Denn Versorgungsleistungen mit besonders hohem Versorgungsbedarf können auf Grundlage des bestehenden Versorgungsvertrages nach § 127 Abs. 1 bzw. Abs. 2 mittels einer ergänzenden Vereinbarung getroffen werden, in der Preis und Leistungsinhalte für den Einzelfall vereinbart werden. Dies hat zudem verwaltungsökonomische Vorteile, denn die relevanten Rahmenbedingungen, z. B. Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, Abrechnungsmodalitäten etc., müssen nicht neu bilateral formuliert werden.
- **Das Kontrahierungsgebot stärkt die Sinnhaftigkeit von Schiedsverfahren.** In der Regel mandatieren Leistungserbringer Organisationen (z. B. Einkaufsgemeinschaften oder Verbände) für Verhandlungen mit Kassen und für Schiedsverfahren. Letztere haben keine Verbindlichkeit, bzw. nur einseitig für Kassen. „Gefällt“ das Schiedsergebnis nicht, so treten Leistungserbringer dem Schiedsvertrag nicht bei und dieser hat somit keine Wirkung. Dies ist ein Fehlkonstrukt und würde beseitigt, wenn Zusammenschlüsse oder Verbände mit Aufnahme von Verhandlungen verbindlich angeben müssen, für wen sie das Kontrahierungsgebot in Mandantschaft ausüben.
- Im Rahmen von **Qualitätsausschreibungen** können sehr konkrete Qualitätsanforderungen an das Produkt (wie z. B. Gewicht, Größe etc.), aber auch die Dienstleistung (wie z. B. Einweisung, Beratung zu Aufzählung) – über das Hilfsmittelverzeichnis hinaus – gestellt und Kostentransparenz hergestellt werden. Durch Mehrgebietslose und/oder Mehrpartnervergabe kann die Leistungserbringervielfalt bei der Auswahl durch den Versicherten dabei sichergestellt werden. Eine EU-weite Vergabemöglichkeit würde zudem den Wettbewerb in der Hilfsmittelversorgung noch weiter stärken. Dieser Ansatz ist besonders bei Hilfsmitteln mit hoher Konfektionierung und geringem Dienstleistungsanteil (wie z. B. TENS/EMS, Rollatoren, weiße Ware etc.) geeignet. In einer Positivliste könnten Hilfsmittel festgelegt werden, die für eine Qualitätsausschreibung geeignet sind.

- Eine zusätzliche Option ist es, das **Hilfsmittelprodukt von der Dienstleistung trennen** zu können. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, dass Krankenkassen mit dem Hersteller direkt kontrahieren können.

Qualitative und wirtschaftliche Anforderungen an das Produkt sowie Logistikbedingungen können im Rahmen von **Herstellerausschreibungen** oder **Open-House-Verträgen mit Herstellern** festgelegt werden, denen Hersteller, die die vertraglichen Voraussetzungen erfüllen, beitreten können. Während die Produkte ausgeschrieben werden, können die Dienstleistungen rund um das Hilfsmittel wie bisher über Verträge nach § 127 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V erbracht werden. Vorrangig werden Hersteller berücksichtigt, die sich auf der Positivliste befinden, was aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V eindeutig abgeleitet wird. In Fällen, bei denen ein Leistungserbringer aus versorgungsrelevanten Gründen ein Produkt jenseits der Positivliste einsetzen muss, kann er dies im Rahmen der Genehmigung begründen und bei der Kasse einreichen. So wird mehr Transparenz in den Kostenstrukturen geschaffen. Die Krankenkasse erhält Einfluss auf die Produktauswahl und kann damit Qualitäts- sowie Nachhaltigkeitskriterien definieren, damit Versicherte qualitativ hochwertige Produkte ohne Mehrkostenbelastung erhalten.

Die vorgeschlagenen Lösungsansätze erhöhen den Anreiz bei den Leistungserbringern, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Produkte an den Versicherten abzugeben. Sie erhöhen zudem den Einfluss auf die Produktauswahl durch die Krankenkasse und stärken das Sachleistungsprinzip, indem Aufzahlungen reduziert werden. Dabei wird die Wahlfreiheit der Versicherten nicht eingeschränkt und auch ein Qualitätswettbewerb unter den Krankenkassen gefördert.

Über die GWQ ServicePlus AG

Die GWQ ServicePlus AG wurde 2007 als Dienstleistungsunternehmen mittelständischer Betriebskrankenkassen gegründet. Mit der Entwicklung innovativer Lösungen unterstützt die GWQ seither die ihr angeschlossenen Krankenkassen erfolgreich bei der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität von Versorgungsangeboten. Im Hilfsmittelbereich verhandelt und verwaltet die GWQ für 51 gesetzliche Krankenkassen rund 100 Hilfsmittelverträge in 35 Produktgruppen.