

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 18.02.2016 abschließend beraten und beschlossen:

1. Die Petition

- a) der Bundesregierung - dem Bundesministerium für Gesundheit - zur Erwägung zu überweisen,
  - b) der Bundesregierung – dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten – zuzuleiten,
- soweit es um die Versorgung von Betroffenen mit Inkontinenzhilfen geht,

2. das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.

Begründung

Mit der Petition wird die Festbetragsregelung für Hilfsmittel (hier: Inkontinenzhilfen) kritisiert.

Mit der Petition wird gefordert, finanzielle Begrenzungen bei der Versorgung mit Inkontinenzhilfen und Pflegehilfsmitteln bei Versicherten in der Pflegestufe 3 aufzuheben. Die Krankenkassen sollten diese Versorgung nicht durch Pauschalen vergüten dürfen, sondern die Kosten in vollem Umfang übernehmen.

Zu den Einzelheiten des Vortrags des Petenten wird auf die von ihm eingereichten Unterlagen verwiesen.

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 177 Mitzeichnungen sowie 6 Diskussionsbeiträge ein.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Sachzusammenhangs einer gemeinsamen parlamentarischen Prüfung zugeführt werden. Der Ausschuss bittet daher um Verständnis, dass nicht auf alle vorgetragenen Gesichtspunkte eingegangen werden kann.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich auf der Grundlage einer Stellungnahme der Bundesregierung wie folgt dar:

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben gemäß § 33 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) 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.

Bei stationärer Pflege hängt der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nicht davon ab, in welchem Umfang mit dem Hilfsmittel eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch ermöglicht werden kann; die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils erforderlichen Hilfs- und Pflegehilfsmittel sind von der Pflegeeinrichtung vorzuhalten (§ 33 Abs. 1 SGB V).

Bei allen Leistungen der GKV ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 ist die Hilfsmittelversorgung stärker wettbewerblich ausgerichtet worden. Die Versorgung erfolgt nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen. Unter diesen Rahmenbedingungen können die Krankenkassen nach Aussage der Bundesregierung auch wirksamer als bisher verhindern, dass für medizinisch notwendige Leistungen von den Versicherten Aufzahlungen verlangt werden.

Gemäß § 126 Abs. 1 SGB V dürfen Hilfsmittel an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Die Krankenkassen entscheiden im Rahmen ihrer Vertragshoheit eigenständig und eigenverantwortlich, mit welchen Leistungserbringern sie Versorgungsverträge schließen und welche Vergütungsformen sie vereinbaren.

Die Vereinbarung von Versorgungspauschalen ist eine im Rahmen der gesetzlichen Regelungen zulässige und in der Praxis auch bei anderen Hilfsmitteln übliche vertragliche Gestaltungsmöglichkeit. Hierbei trägt der Leistungserbringer ein hohes Maß an Verantwortung für Art, Umfang und Qualität der von der Monatspauschale

umfassten Leistungen. Daher sind detaillierte vertragliche Regelungen und auch eine Überprüfung, ob diese eingehalten werden, hier besonders wichtig.

Nach dem Kenntnisstand des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wird diesem Gesichtspunkt in den Verträgen grundsätzlich ausreichend Rechnung getragen. In diesen Verträgen wird der Leistungserbringer zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung verpflichtet. Art und Umfang der Versorgung haben sich indikationsbezogen nach dem jeweiligen Bedarf des Versicherten im Einzelfall zu richten bzw. die Versorgung muss in Qualität und Quantität dem konkreten Bedarf des Anspruchsberechtigten gerecht werden.

In den dem GKV-Spitzenverband bekannten Verträgen hat unter Berücksichtigung etwaiger Vorgaben des verordnenden Arztes eine individuelle Bedarfsermittlung durch den Leistungserbringer zu erfolgen. Die Versorgung mit dem festgestellten Versorgungsbedarf ist durch die vereinbarte Pauschale abgegolten. Die Höhen der Versorgungspauschalen beruhen auf einer Mischkalkulation, da sie sowohl Versorgungsfälle mit leichter Inkontinenz als auch solche mit mittlerer und schwerer Inkontinenz erfassen. Inzwischen gibt es nach dem Kenntnisstand des GKV-Spitzenverbands jedoch Tendenzen zu einer stärkeren Differenzierung, z. B. nach Inkontinenzschweregraden.

Der GKV-Spitzenverband teilte gegenüber dem Petitionsausschuss im Oktober 2014 ergänzend Folgendes mit:

Aufgrund der fehlenden Vertragshoheit des GKV-Spitzenverbandes im Hilfsmittelbereich - diese liegt allein bei den Krankenkassen – besteht kein systematischer Überblick über die Zahl und Inhalte der geschlossenen Verträge. Soweit Inhalte von Verträgen bekannt sind, enthalten diese zahlreiche Regelungen, die der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im Einzelfall dienen. Dem GKV-Spitzenverband ist zudem bekannt, dass einzelne Krankenkassen Versichertenbefragungen zur Versorgung mit Inkontinenzhilfen durchgeführt haben, die zu zufriedenstellenden Ergebnissen geführt haben.

Konkret wird in den dem GKV-Spitzenverband vorliegenden Verträgen festgelegt, dass unter Berücksichtigung etwaiger Vorgaben des verordnenden Arztes eine individuelle Bedarfsermittlung durch den Leistungserbringer zu erfolgen hat und Art und Umfang der Versorgung sich indikationsbezogen nach dem jeweiligen Bedarf des Versicherten im Einzelfall richten müssen. Durch die vereinbarte Pauschale sind

dann alle vertraglich festgelegten Leistungen, d. h. auch die Versorgung mit dem festgestellten Versorgungsbedarf, abgegolten. Anderes gilt nur für Mehrkosten für über das Maß des Notwendigen hinausgehende Hilfsmittel oder Leistungen, die der Versicherte wünscht, also etwa auch für Kosten aufgrund höherer Mengen als medizinisch notwendig. Diese Kosten sind vom Versicherten selbst zu tragen. Insoweit werden in den Verträgen lediglich die gesetzlichen Vorgaben (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V) aufgegriffen und in die Verträge integriert. Die Höhe der Pauschalen beruht bislang in der Regel auf einer Mischkalkulation, die sowohl Versorgungsfälle mit leichter Inkontinenz als auch solche mit mittlerer und schwerer Inkontinenz erfasst. Nach den dem GKV-Spitzenverband vorliegenden Informationen gibt es hier in der Vertragspraxis inzwischen Tendenzen zu einer stärkeren Differenzierung, z. B. nach Erst- und Folgeversorgungen sowie nach den Inkontinenzschweregraden.

Der Petitionsausschuss empfiehlt, die Petition der Bundesregierung - dem Bundesministerium für Gesundheit - zur Erwägung zu überweisen, der Bundesregierung – dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten – zuzuleiten, soweit es um die Versorgung von Betroffenen mit Inkontinenzhilfen geht, und das Petitionsverfahren im Übrigen abzuschließen.