

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link (Heilbronn), Markus Löning, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Max Stadler, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

Gewährleistung eines funktionsfähigen Wettbewerbs in der Hilfsmittelversorgung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind die Voraussetzungen für die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung verändert worden. Spätestens nach einer Übergangszeit, die bis zum 31. Dezember 2008 noch für die Leistungserbringer gilt, die bereits vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zugelassen waren, wird es für die Versicherten nicht mehr in jedem Fall die freie Wahl geben, wo sie ein bestimmtes Hilfsmittel beziehen wollen. Ausschreibungen werden dann das Vertragsgeschehen dominieren bzw. in Fällen, in denen das nicht zweckmäßig ist, der Abschluss von Verträgen mit einzelnen Anbietern oder Zusammenschlüssen von Anbietern. Gewachsene Kundenbindungen sind dann nur noch aufrecht zu erhalten, wenn der entsprechende Leistungserbringer einen Vertrag mit der Krankenkasse des Versicherten schließen kann. Diese Neuregelung hat damit deutliche Auswirkungen auf die Art, in der Versicherte versorgt werden sowie auf das Wettbewerbsgeschehen im Hilfsmittelmarkt. Ohne Sicherstellung, dass es nicht zum Missbrauch marktbeherrschender Stellungen kommen kann, geraten insbesondere mittelständische Hilfsmittelerbringer in Gefahr, bei diesem Prozess aus dem Markt gedrängt zu werden.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Die Ausschreibungen gemäß § 127 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) lassen es zu, dass sich Krankenkassen nach Abschluss des Verfahrens für einen einzigen Anbieter von Hilfsmitteln entscheiden. Wie ist gewährleistet, dass alle anderen Anbieter, die die Bedingungen auch erfüllen und bereit sind, die Konditionen zu akzeptieren, ebenfalls zur Versorgung der Versicherten dieser Krankenkasse zuzulassen sind?

2. Wie will die Bundesregierung anderenfalls sicherstellen, dass eine qualitativ gute, wohnortnahe, flächendeckende Versorgung der Patienten auch auf mittlere Sicht erhalten bleibt, wenn alle anderen Anbieter, die nicht zum Zuge gekommen sind, in den Konkurs gegangen sind, weil sie auf einen Schlag z. B. bei einer großen AOK über 40 Prozent ihrer Kunden verloren haben?
3. Wie stellt die Bundesregierung sich die vom Bundesministerium für Gesundheit propagierte Sicherstellung einer ausreichenden Vielfalt der Leistungserbringer durch eine sachgerechte Aufteilung in Lose bei den Ausschreibungen vor, wie es in einem Schreiben an die Spitzenverbände der Krankenkassen vom 25. März 2008 zum Ausdruck gebracht worden ist?
4. Wie gedenkt die Bundesregierung die Marktmacht bestimmter gesetzlicher Krankenkassen zu beschränken, um ruinösen Wettbewerb zu verhindern und wann wird sie die entsprechenden wettbewerbs- und kartellrechtlichen Vorgaben auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen?
5. Wann wird die Bundesregierung die Forderung des Bundeswirtschaftsministeriums umsetzen, die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern der Wettbewerbs- und Vergabeaufsicht durch das Bundeskartellamt zu unterwerfen und die gerichtlichen Überprüfungen bei den Kartellgerichten anzusiedeln?
6. Wie begründet die Bundesregierung die Aussage des Bundesministeriums für Gesundheit in einem Schreiben an die Spitzenverbände der Krankenkassen vom 25. März 2008, dass die gesetzlichen Regelungen dem Selbstbestimmungsrecht und den Interessen der Versicherten angemessen Rechnung tragen, wenn ein Versicherter nur noch einen einzigen Anbieter in Anspruch nehmen kann, dem er auf Gedeih und Verderb ausgeliefert ist, weil er keine Alternative hat?
7. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass die Aufforderung an die Krankenkassen auch wirklich umgesetzt wird, durch Vereinbarung geeigneter Versorgungsmodalitäten dafür Sorge zu tragen, dass schutzwürdige Daten ihrer Versicherten auch im praktischen Versorgungsgeschehen geschützt bleiben und nicht unbefugt offenbart werden und gegen wen richtet sich der Anspruch der Versicherten bei Nichtbeachtung?
8. Wie begründet die Bundesregierung im Hinblick auf die durch wettbewerbs- und kartellrechtlich nicht eingeschränkten Ausschreibungs- und Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen das Festhalten am Instrument der Festbeträge?
9. Wie begründet die Bundesregierung ihre von einigen Gerichtsentscheidungen in Verfahren zur Erlangung einstweiligen Rechtsschutzes abweichende Auffassung, dass die Hilfsmittelversorgung bereits in der bis Ende 2008 dauernden Übergangsphase gemäß § 126 Abs. 2 SGB V allein durch Ausschreibungsgewinner erfolgen kann und damit die bis zum 31. Dezember 2008 zugelassenen Leistungserbringer zwar formal einen Übergangsschutz haben, nicht aber einen materiellen?
10. Ist nach Auffassung der Bundesregierung in ausreichendem Maße sichergestellt, dass diese im Rahmen des Übergangsschutzes weiterhin zugelassenen Leistungserbringer bis zum Ende des Jahres weiterhin für jeden Versicherer jeder Krankenkasse die erforderlichen Leistungen erbringen können?

Berlin, den 28. Mai 2008

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion