

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/9375 –

Gewährleistung eines funktionsfähigen Wettbewerbs in der Hilfsmittelversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die Hilfsmittelversorgung stärker wettbewerblich ausgerichtet worden. Die Zulassung der Leistungserbringer ist entfallen, um den Vertragswettbewerb zu stärken. Künftig soll die Versorgung nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen. Darüber hinaus soll insbesondere durch Ausschreibungen ein verstärkter Preiswettbewerb erreicht werden. Sofern Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind, sollen die Krankenkassen im Verhandlungswege (Rahmen-)Verträge mit Leistungserbringern abschließen. Gegebenenfalls muss die Versorgung auf der Grundlage einer Vereinbarung im Einzelfall erfolgen.

Die Leistungserbringer müssen sich auf die neuen Rahmenbedingungen einstellen. Effizientere Strukturen, die eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln ermöglichen, sind im Interesse der Solidargemeinschaft. Berechtigte Belange der Leistungserbringer müssen jedoch gewahrt bleiben.

Profitieren von den Neuregelungen werden letztlich die Versicherten. Die Wahlmöglichkeiten unter den Leistungserbringern mussten zwar neu geregelt werden, die Interessen der Versicherten sind dabei aber angemessen berücksichtigt worden. Eine ordnungsgemäße Versorgung mit Hilfsmitteln wird durch die Neuregelungen nicht in Frage gestellt.

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?

Im Falle von Ausschreibungen muss die Versorgung grundsätzlich durch die jeweiligen Ausschreibungsgewinner erfolgen. Ansonsten könnten Ausschreibungen kaum Wirtschaftlichkeitspotenziale erschließen.

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?

Auch im Falle von Ausschreibungen müssen die Krankenkassen auf eine ausreichende Vielfalt der Leistungserbringer und eine flächendeckende Versorgung ihrer Versicherten achten. Dies ist Voraussetzung für einen weiterhin funktionierenden Wettbewerb.

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?

Es ist Aufgabe der Krankenkassen, unter Berücksichtigung aller im jeweiligen Fall relevanten Aspekte, eine sachgerechte Aufteilung der auszuschreibenden Versorgungsleistungen in Lose vorzunehmen.

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?

Die Fragen 4 und 5 werden wegen des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet:

Die Bundesregierung wird im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) ein wettbewerbliches Rahmenkonzept für die Geschäftsbeziehungen zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und den Leistungserbringern erarbeiten und die Arbeitsergebnisse bis zum Ende der Sommerpause in Form von Formulierungshilfen für Änderungsanträge für das GKV-OrgWG vorlegen.

Ziel muss es sein, zum einen den berechtigten Interessen der Gesundheitswirtschaft an wirksamen wettbewerbs- und vergaberechtlichen Rahmenbedingungen zu genügen, andererseits aber auch den differenzierten Bedürfnissen von Krankenkassen und Versorgungseinrichtungen bei ihren sozialpolitischen Aufgaben der flächendeckenden adäquaten Versorgung der Versicherten gerecht zu werden.

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?

Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder übergangsweise noch versorgungsberechtigt sind. Wenn Ausschreibungen durchgeführt werden, erfolgt die Versorgung grundsätzlich durch einen oder mehrere von der Krankenkasse zu benennende Leistungserbringer (Ausschreibungsgewinner), damit das Instrument der Ausschreibung im Interesse der Solidargemeinschaft effektiv eingesetzt werden kann. Die Versorgung muss jedoch in jedem Fall zumutbar sein. Im Falle von Ausschreibungen können Versicherte ausnahmsweise auch einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

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?

Es ist grundsätzlich Aufgabe der Aufsichtsbehörden, darauf hinzuwirken, dass Rechtsverstöße der Krankenkassen unterbleiben bzw. behoben werden. Darüber hinaus können sich Versicherte, die sich bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ihrer personenbezogenen Sozialdaten in ihren Rechten verletzt sehen, an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz (bei bundesunmittelbaren Krankenkassen) oder an die nach Landesrecht für die Kontrolle des Datenschutzes zuständigen Stellen (bei landesunmittelbaren Krankenkassen) wenden.

Sie haben nach den Vorschriften des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch über den Schutz der Sozialdaten gegenüber Sozialleistungsträgern – und damit auch gegenüber ihrer Krankenkasse – u. a. einen Anspruch auf Auskunft sowie auf Ersatz des Schadens, der durch eine unzulässige oder unrichtige Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ihrer personenbezogenen Sozialdaten entstanden ist.

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?

Es besteht keine Veranlassung, Festbeträge für Hilfsmittel aufzugeben, die sich als Preissteuerungsinstrument für Massenprodukte bewährt haben. Unter den neuen Rahmenbedingungen haben sie jedoch eine andere Bedeutung erhalten. Sie stellen jetzt die Obergrenzen der Vertragspreise und damit eine wichtige Orientierungshilfe für die Vertragspartner dar.

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?

§ 126 Abs. 2 SGB V ist nach Auffassung der Bundesregierung im Zusammenhang mit den Neuregelungen in § 33 Abs. 6 SGB V zur Inanspruchnahme von Leistungserbringern durch die Versicherten zu sehen. Hieraus ergibt sich, dass die Versorgung auch schon während der Übergangszeit grundsätzlich durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Leistungserbringer (Ausschreibungsgewinner) zu erfolgen hat, wenn Ausschreibungen durchgeführt werden.

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 Versicherten jeder Krankenkasse die erforderlichen Leistungen erbringen können?

Soweit keine Ausschreibungen durchgeführt werden, ist die weitere Versorgungsberechtigung der Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach altem Recht verfügten, aufgrund der Übergangsregelung in § 126 Abs. 2 SGB V unstrittig.