

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 20/11284 –**

Wettbewerbssituation an der Schnittstelle ambulante und stationäre Versorgung sowie in der Hilfsmittelversorgung

Vorbemerkung der Fragesteller

Die ambulante Nachversorgung in der Häuslichkeit oder einer stationären Pflege- oder Betreuungseinrichtung ist ein wesentlicher Bestandteil der Genesung von Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls.

Die ambulante Nachversorgung wird durch „veranlasste“ Leistungen verschiedenster Leistungserbringer sichergestellt, hierzu zählen unter anderem Home-care-Unternehmen, Sanitätshäuser, Rehabilitationstechniker, Orthopädietechniker, Orthopädieschuhtechniker und Apotheken. Zur Wahrung der Unabhängigkeit und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Nachversorgung sowie zur Sicherstellung des Patientenwahlrechtes ist es erforderlich, dass die ambulanten Nachversorger durch die Patientin oder den Patienten unter Maßgabe des § 33 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) frei gewählt werden können, sodass eine Zuweisung an einen bestimmten ambulanten Nachversorger aufgrund von wirtschaftlichen Interessen ausgeschlossen werden kann (vgl. hierzu § 33 Absatz 6 Satz 2 SGB V). Gleiches regelt § 31 Absatz 1 Satz 5 bis 6 SGB V zu Arznei- und Verbandmitteln sowie bilanzierter Diäten zur enteralen Ernährung, Harn- und Blutteststreifen.

Ärztlichen Leistungserbringern ist die Beteiligung an Erbringern „veranlasster“ Leistungen zudem durch das Vertragsarztrecht sowie das ärztliche Berufsrecht untersagt (vgl. auch § 128 SGB V). Diese Untersagung dient der Vermeidung von Interessenkonflikten bei der Versorgung mit „veranlassten“ Leistungen, wenn ärztliche Leistungserbringer durch eine Unternehmensbeteiligung an einem Nachversorger direkt von der bevorzugten Zuweisung von Patientinnen und Patienten an diesen, wirtschaftlich profitieren würden. Durch diese gesetzlichen Regelungen wird somit die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten bezüglich ihres bevorzugten Nachversorgers geschützt.

Ferner gilt für Apotheken ein Fremdbesitzverbot. Es besagt, dass der Betreiber einer Apotheke nur ein Apotheker oder eine Apothekerin sein darf. Dieses seit 1960 bundesrechtlich verankerte Prinzip betont nicht nur die persönliche Verantwortung und Haftung des freiberuflich tätigen Apothekers, sondern es entkoppelt damit auch die Arzneimittelversorgung von ausschließlich an Gewinnmaximierung orientierten Vorgaben Dritter, wie z. B. Kapitalgesellschaften. In seinem Urteil vom 19. Mai 2009 hat der Europäische Gerichtshof in Luxem-

burg bestätigt, dass das Fremdbesitzverbot in Deutschland ein zulässiges und wirksames Instrument des Verbraucherschutzes ist. Ohne das Fremdbesitzverbot könnten sich ohne Weiteres auch fachunkundige Personen an Apotheken beteiligen und versuchen, auf die angestellten Apotheker Einfluss auszuüben, um ohne Rücksicht auf die gesundheitlichen Interessen der Patientinnen und Patienten mehr Umsätze und Gewinne mit Arzneimitteln zu erzielen.

In § 39 Absatz 1a SGB V ist gesetzlich festgeschrieben, dass eine Krankenhausbehandlung ebenfalls ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung umfasst. Durch die Möglichkeit des Besitzes von ambulanten Nachversorgern veranlasster Leistungen, wie unter anderem Sanitätshäuser, kann es zu einem weiteren möglichen wirtschaftlichen Wertschöpfungsprozess für Krankenhäuser kommen.

Durch ein organisiertes Entlassmanagement ist es möglich, Patientinnen und Patienten zu ambulanten Nachversorgern, welche sich in Klinikbesitz befinden, aktiv zu steuern. Durch diese Art der Unternehmensverflechtung entsteht die Möglichkeit, durch den Klinikbetreiber auf die ambulante Nachversorgung des Versicherten direkt Einfluss zu nehmen. Ambulante Nachversorger, welche außerhalb dieser Kette stehen, können somit von der ambulanten Nachversorgung der Versicherten ausgeschlossen werden, ohne dass diese in den freien Wettbewerb treten können. Selbst wenn die zu entlassenden Klinikpatientinnen und Klinikpatienten nicht das Entlassmanagement der Klinik direkt gewählt haben, können Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal der Klinik Einfluss auf die ambulante Nachversorgung der Patientinnen und Patienten nehmen, zum einen aus Loyalität zum Arbeitgeber, zum anderen aber auch durch möglicherweise direkte Anweisung des Arbeitgebers, Patientinnen und Patienten zur ambulanten Nachversorgung „veranlasster“ Leistungen zum klinikeigenen Nachversorger zu steuern.

Hieraus ergibt sich aus Sicht der Fragesteller trotz aller richtigen Bemühungen um eine integrierte und koordinierte Versorgung eine ungleiche Wettbewerbssituation für ambulante Nachversorger „veranlasster“ Leistungen, wo insbesondere klein- und mittelständisch geführte Unternehmen mit ambulanten Nachversorgern konkurrieren, welche sich im Besitz von Krankenhäusern bzw. Krankenhausträgern befinden. Aufgrund der beschriebenen Verflechtungen und wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger an der ambulanten Nachversorgung bildet sich hier eine Wettbewerbssituation, in der geschlossene Wertschöpfungsketten geschaffen und freier Wettbewerb eingeschränkt wird.

Darüber hinaus kann sich ebenfalls eine potenzielle Kostenbelastung des Gesundheitswesens entwickeln, indem Hilfsmittel, Verbandmittel, bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung sowie Harn- und Blutteststreifen wohlwollend und großzügig verordnet werden, um eine gesteigerte Gewinnerzielungsabsicht mit der ambulanten Nachversorgung zu erzielen.

1. Wie bewertet die Bundesregierung die jeweilige Situation im Bereich von Klinikbetreibern im Hinblick auf eine Gewinnerzielungsabsicht durch den Besitz eines Sanitätshauses als ambulanten Nachversorger und des u. a. in § 128 SGB V festgelegten Besitzverbotes von Sanitätshäusern für Vertragsärzte?

Inwieweit ist die Wahlfreiheit aus Sicht der Bundesregierung eingeschränkt?

2. Wie, und mit welchen Maßnahmen plant die Bundesregierung einem möglichen Interessenskonflikt zwischen der Unabhängigkeit ärztlicher Therapieentscheidungen einerseits und den wirtschaftlichen Interessen von Krankenhäusern bzw. Krankenhausträgern andererseits vorzubeugen bzw. diesen zu vermeiden?

Ist aus Sicht der Bundesregierung § 128 Absatz 2 SGB V eine ausreichende Grundlage dafür, und wenn ja, warum?

Die Fragen 1 und 2 werden gemeinsam beantwortet.

Krankenhäuser halten selbst die für die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten im Rahmen einer stationären Behandlung erforderlichen Hilfsmittel vor und können nur in sehr eingeschränktem Maße Hilfsmittel verordnen. Soweit dies für die Versorgung der Patientin oder des Patienten im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, können Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements Hilfsmittel für die Versorgung in einem Zeitraum von maximal sieben Tagen verordnen (siehe § 39 Absatz 1a Satz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Vor diesem Hintergrund erscheint die Annahme einer besonderen Gewinnerzielungsabsicht von Krankenhäusern hinsichtlich des Betreibens von Sanitätshäusern fernliegend.

3. Wie kann nach Ansicht der Bundesregierung gewährleistet werden, dass das Krankenhausentlassmanagement möglichst unabhängig arbeitet, damit das Wahlrecht von Patientinnen und Patienten geschützt bleibt und nicht als Mittel für eine nicht sachgerechte Patientensteuerung missbraucht wird?

Das Entlassmanagement und die dabei erforderliche Datenübermittlung an weiterversorgende Leistungserbringer und Einrichtungen bedarf nach § 39 Absatz 1a SGB V der schriftlichen Einwilligung der Patientin beziehungsweise des Patienten. Dies stellt auch sicher, dass die grundsätzlich bestehenden Wahlrechte gewahrt sind.

4. Plant die Bundesregierung analoge Regelungen der Untersagung des Besitzes von Sanitätshäusern für den Bereich der klinischen Versorgung wie bei niedergelassenen Ärzten, und wenn nein, warum nicht?

Aus den in der Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 1 und 2 dargelegten Gründen wäre eine Untersagung des Besitzes von Sanitätshäusern für den Bereich der klinischen Versorgung unverhältnismäßig, weil Krankenhäuser nur in sehr eingeschränktem Umfang Hilfsmittel zur Inanspruchnahme außerhalb der stationären Behandlung verordnen können. Die Bundesregierung plant daher keine Regelungen zur Untersagung des Besitzes von Sanitätshäusern durch Krankenhäuser.

5. Wie bewertet die Bundesregierung den Kosten-Nutzen-Faktor des hohen Dokumentationsaufwandes bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere bei der Administration und Prozesssteuerung von Verträgen, und plant die Bundesregierung eine mögliche Evaluation der Dokumentationspflichten?

6. Plant die Bundesregierung angesichts von Entlastungen in Apotheken (z. B. teilweise Wegfall von Maßnahmen im Rahmen der bisherigen Präqualifizierung) auch einen Bürokratieabbau im Bereich der Versorgung durch Sanitätshäuser, wenn nein, warum nicht, und wenn ja, wann, und wie?

Die Fragen 5 und 6 werden gemeinsam beantwortet.

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. November 2011 (BGBl. I S. 2983) erhielten in § 127 Absatz 9 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene den Auftrag, gemeinsame Empfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln zu beschließen. Der Gesetzgeber versprach sich dadurch einen Bürokratieabbau. Nachdem es zu keiner Einigung gekommen war, wurde durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) eine Frist für den zu fassenden Beschluss bis zum 31. Dezember 2017 und für den Fall der Nichteinigung eine Schiedsregelung in die Vorschrift aufgenommen. Nach einem Schiedsspruch sind die Empfehlungen mit Datum vom 19. November 2019 in Kraft getreten. Allerdings werden die erreichten Ergebnisse insbesondere von Leistungserbringerseite als unzureichend bewertet. Deshalb prüft die Bundesregierung, ob und wenn ja auf welchem Wege sich eine stärkere Standardisierung administrativer Regelungen zur Durchführung von Hilfsmittelversorgungen erreichen lässt. Welche Regelungen gegebenenfalls vereinheitlichungsfähig sind, ist Teil der Prüfung.

7. Wie bewertet die Bundesregierung eine mögliche Rückkehr zur 2019 abgeschafften Praxis von Ausschreibungen zur Vergabe im Hilfsmittelversorgungsbereich?

Kritik an den Auswirkungen der Ausschreibungen auf die Versorgungsqualität hatte bereits im Jahr 2016 der Bundesrechnungshof (BRH) in einem Bericht zur Hilfsmittelversorgung an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages geübt. Der Bericht kann auf der Internetseite des BRH aufgerufen werden (https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2016/hilfsmittelversorgung-gkv-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1). Darin bat der BRH das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) um eine Prüfung, wie die im Zusammenhang mit Ausschreibungen entstandenen Defizite in der Versorgungsqualität vermieden werden können. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2017 mit dem HHVG gesetzlich geregelt, dass bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich Krankenkassen neben dem Preis auch qualitative Anforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Dienstleistungen bei ihrer Vergabeentscheidung berücksichtigen mussten. Allerdings zeigte sich in den darauffolgenden beiden Jahren, dass der vom Gesetzgeber erhoffte Qualitätswettbewerb nicht zustande kam. Auch weiterhin war eine hohe Zahl von Beschwerden von Versicherten und Selbsthilfeszusammenschlüssen über Qualitätsdefizite durch Ausschreibungen zu verzeichnen. In der Folge wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) die Ausschreibungsoption in § 127 SGB V aufgehoben. Vor diesem Hintergrund wären bei einer Wiederezulassung von Ausschreibungen neuerliche Risiken für die Versorgungsqualität nicht auszuschließen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass nach Schätzungen von Branchenexperten selbst in den Jahren, in denen vergleichbar viele Ausschreibungsverträge geschlossen wurden, deren Anteil am Gesamtumsatz mit Hilfsmitteln im einstelligen Prozentbereich lag. Die ausgabenbegrenzenden Wirkungen der Ausschreibungen waren demnach begrenzt. Diese Einschätzung wird durch die Ausgabenentwicklung seit der

Streichung der Ausschreibungsoption bestätigt. Soweit es seitdem in einzelnen Produktgruppen, in denen bis zum TSVG besonders viele Ausschreibungen durchgeführt wurden, zu überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen gekommen ist, sind diese vorrangig durch medizinisch-technische Innovationen verursacht. In den meisten der betroffenen Produktgruppen bewegt sich die Ausgabenentwicklung im Durchschnittsbereich, in einzelnen Produktgruppen sogar darunter.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung den Ansatz von sogenannten „Leitverträgen“ für die Versorgung mit Hilfsmitteln, welche von den Kostenträgern und maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer verhandelt werden, als Mittel zur Verringerung von Bürokratie und um Transparenz zu schaffen?

Die Forderung nach „Leitverträgen“ im Hilfsmittelbereich wird von verschiedenen Leistungserbringerverbänden vertreten. Dabei wird der Begriff aber nicht einheitlich definiert. Bisweilen werden unter dem Begriff standardisierte allgemeinverbindliche Rahmenverträge verstanden, in denen administrative Vertragsinhalte, wie Verwaltungs- und Abrechnungsprozesse sowie Dokumentationspflichten von den Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer einheitlich festgelegt werden. Diese administrativen Inhalte sollen bei der Aushandlung der konkreten Versorgungsverträge nicht immer neu verhandelt werden müssen. Im Zentrum der Vertragsverhandlungen sollen Fragen des Preises und der Ausgestaltung der Versorgung stehen. In anderen Fällen werden unter den Begriff der „Leitverträge“ Kollektivverträge gefasst, die in den einzelnen Versorgungsbereichen zwischen den Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vereinbart werden und an die Stelle der bisherigen Versorgungsverträge treten. Damit verbunden wäre eine Rückkehr vom heutigen Vertragsprinzip, in dem die Versorgungsberechtigung eines Leistungserbringers abhängig von seinem Vertragsabschluss mit einer Krankenkasse ist, zu dem bis zum Jahr 2007 geltenden Zulassungsprinzip, in dem jeder zugelassene Leistungserbringer auf Grundlage des Kollektivvertrags Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgeben konnte. Wie in der Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 5 und 6 dargelegt, teilt die Bundesregierung das Ziel einer Entbürokratisierung bei der Vereinbarung und Pflege von Verträgen und prüft deshalb eine stärkere Standardisierung administrativer Vertragsinhalte. Bei einer darüber hinaus gehenden Vereinheitlichung auch von Preisen und Qualitätsanforderungen und einer damit verbundenen Abkehr vom Vertragswettbewerb wären nach Auffassung der Bundesregierung aber negative Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung und Innovationsfähigkeit des Hilfsmittelbereichs nicht auszuschließen.

9. Wie möchte die Bundesregierung einem möglichen Wettbewerbsnachteil und doppelten Strukturen bei Sanitätshäusern begegnen, wenn die Anschlusspflicht an die Telematikinfrastruktur (TI) für Hilfsmittelleistungserbringer eher in Kraft tritt als die Verpflichtung zur Ausstellung von elektronischen Hilfsmittelverordnungen?

Vor der verpflichtenden Nutzung des E-Rezepts für Hilfsmittel wird eine Pilotierung erfolgen und eine freiwillige Nutzung des E-Rezepts möglich sein. Die Verpflichtung zur Anbindung an die Telematik-Infrastruktur (TI) soll mit der Pilotierungsphase erfolgen, da für die Pilotierung eine Anbindung an die TI benötigt wird. Sanitätshäuser erhalten durch den Übergangszeitraum zwischen der Anbindung an die TI und der verpflichtenden Nutzung des E-Rezepts die Möglichkeit, die Umstellung ihrer Prozesse flexibel und entsprechend der individu-

ellen Umstände vorzunehmen und das E-Rezept zu erproben. Ein Wettbewerbsnachteil wird in dieser zeitlichen Abfolge nicht gesehen.

10. Sind aktuell Maßnahmen geplant, um den Fachkräftemangel der Hilfsmittelerbringer nachhaltig zu bekämpfen, und wenn nein, warum nicht?

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat unter der Beteiligung aller Ressorts und zahlreicher Beauftragter der Bundesregierung die branchenübergreifende Fachkräftestrategie der Bundesregierung neu aufgestellt. Am 12. Oktober 2022 wurde sie im Kabinett beschlossen.

Ziel der Fachkräftestrategie ist es, mit gesetzlichen wie untergesetzlichen Maßnahmen die Anstrengungen der Unternehmen und Betriebe zur Gewinnung und Sicherung von Fachkräften zu unterstützen. Dazu wurden fünf prioritäre Handlungsfelder identifiziert:

1. Zeitgemäße Ausbildung, 2. Gezielte Weiterbildung, 3. Arbeitspotenziale nutzen und Erwerbsbeteiligung erhöhen, 4. Arbeitsqualität und Arbeitskultur verbessern sowie 5. Einwanderung modernisieren und Abwanderung reduzieren.

Die Fachkräftestrategie der Bundesregierung ist branchenübergreifend und als ein fortlaufender Prozess konzipiert. Sie stellt somit einen Auftakt und Rahmen für weitergehende Prozesse zur Fachkräftesicherung der Ressorts der Bundesregierung dar, welche spezifische Berufe, Branchen oder Themenfelder – zu meist unter Beteiligung der einschlägigen Sozialpartner – gezielt und vertieft adressieren.

11. Sieht die Bundesregierung bei der ambulanten Nachversorgung und darüber hinaus Bedarf, die Hilfsmittelversorgung von Menschen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, bedarfsgerechter und unbürokratischer auszugestalten, wenn ja, welchen, und wenn nein, warum nicht?

Bei Versicherten, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind, ist eine möglichst zeitnahe Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln unerlässlich. Dafür müssen die entsprechenden Bewilligungsverfahren beschleunigt werden. Der Referentenentwurf des BMG für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 12. April 2024 sieht deshalb vor, das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen einzuschränken, die von Versicherten beantragt werden, die in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sind, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ oder des MZEB die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen.

12. Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen Teil des geplanten Aktionsplans des Bundesministeriums für Gesundheit für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen sein, wenn ja, welche?

Der Erarbeitungsprozess für einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen wurde im Dezember 2023 von Herrn Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach und Vertreterinnen und Vertretern

aus den Bereichen Politik und Zivilgesellschaft gestartet. Im Rahmen eines schriftlichen Beteiligungsverfahrens und daran anschließenden Fachgesprächen haben sich eine Vielzahl von Akteuren aus den Bereichen Diversität, Inklusion und Barrierefreiheit beteiligt. Dabei beziehen sich auch viele der eingegangenen Beiträge und Stellungnahmen auf die Hilfsmittelversorgung. Dies drückt aus, welche hohe Bedeutung die Hilfsmittelversorgung auch für den Zugang zur Gesundheitsversorgung hat. Daher wird derzeit im Rahmen der laufenden Erarbeitung des Aktionsplans auch die Aufnahme von Maßnahmen für den Hilfsmittelbereich geprüft.

13. Wie weit sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Überprüfung der Hilfsmittel-Richtlinie mit Blick auf Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche mit komplexen Behinderungen, vorangeschritten, und ist weiterhin geplant, den Prozess der Anpassung bis Ende 2024 abzuschließen?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. April 2023 die Einleitung des Beratungsverfahrens zur Überprüfung der Hilfsmittel-Richtlinie im Hinblick auf die Hilfsmittelversorgung für Menschen mit komplexen Behinderungen mit Schwerpunkt auf Kinder und Jugendliche beschlossen. Der Beschluss ist auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht, gemeinsam mit einem Zeitplan gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 Satz 2 seiner Verfahrensordnung (vgl. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5983/>). Ausweislich dieses Zeitplans ist eine Beschlussfassung des G-BA für November 2024 vorgesehen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.