

Kleine Anfrage

der Fraktion der CDU/CSU

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

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 Homecare-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 bilanzierten 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 Luxemburg 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.

Wir fragen die Bundesregierung:

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?
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?
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?
5. Wie bewertet die Bundesregierung den Kosten-Nutzen-Faktor des hohen Dokumentationsaufwandes bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere bei der Administration und Prozessteuerung 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?
7. Wie bewertet die Bundesregierung eine mögliche Rückkehr zur 2019 abgeschafften Praxis von Ausschreibungen zur Vergabe im Hilfsmittelversorgungsbereich?
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?
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?
10. Sind aktuell Maßnahmen geplant, um den Fachkräftemangel der Hilfsmittelerbringer nachhaltig zu bekämpfen, und wenn nein, warum nicht?
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?
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?

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?

Berlin, den 7. Mai 2024

Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion