

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 15.09.2022

Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Kranken- versicherung

(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV- FinStG)

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	4
II. DETAILKOMMENTIERUNG	7
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Nummer 1: Die sächlichen Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse (§4 Abs. 5 SGB V)	7
Nummer 2: Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen (§ 35a SGB V)	8
Nummer 5: Abschaffung der extrabudgetären Vergütung von Leistungen bei Neupatienten (§ 87a Absatz 3 SGB V)	8
Nummer 6 und Nummer 14b: Grippeimpfstoffe (§ 106b und § 132e Abs. 2 SGB V)	9
Nummer 9: Austauschbarkeit von Biologika und Biosimilars in Apotheken (§ 129 SGB V)	10
Nummer 11: Erhöhter Herstellerabschlag für 2023 (§130a SGB V)	11
Nummer 12: Erstattungsbeträge für Arzneimittel (§ 130b SGB V)	12
Nummer 13: Kombinationsabschlag (§ 130e neu SGB V)	13
Nummer 14 Buchstabe a: Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e SGB V)	14
Nummer 20: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221a Absatz 5 SGB V)	14
Nummer 22: Zusatzbeitragssatz (§242 SGB V)	14

Nummer 23: Betriebsmittel (§260 SGB V)	15
Nummer 26: Gesundheitsfonds (§271 SGB V)	16
Nummer 27: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023 (§ 272b neu SGB V)	17
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes _____	19
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF _____	20
Beitragssatzanpassung über den allgemeinen Beitragssatz	20
Erstattungsbetrag bei neuen Arzneimitteln beim stationären Einsatz	20
Apothekenvergütung	21

I. VORBEMERKUNG

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich, dass Maßnahmen vorgelegt werden, wie mit der für das Jahr 2023 geschätzten Finanzierungslücke von 17 Mrd. Euro umgegangen werden soll. Die konkreten Vorhaben halten die Betriebskrankenkassen jedoch für unausgewogen und stückhaft: Zur Deckung der beschriebenen Lücke werden überwiegend die Arbeitnehmer und Arbeitgeber durch eine überzogene Abschmelzung der Vermögen sowie über eine Erhöhung des (durchschnittlichen) Zusatzbeitragssatzes belastet. Dies lehnen die Betriebskrankenkassen entschieden ab, zumal die Ursache für die Finanzlücke nicht bei den gesetzlichen Krankenkassen, sondern vielmehr bei den sehr großzügigen Leistungsgesetzen der letzten Wahlperioden zu finden ist. Ferner steht schon heute fest, dass angesichts der derzeitigen wirtschaftlichen Entwicklung mit hohen Inflationsrisiken die vorgesehenen Maßnahmen zur Finanzierung nicht ausreichen und Zusatzbeiträge weiter steigen müssen.

Die Betriebskrankenkassen weisen ausdrücklich darauf hin, dass all dies nicht sein müsste, wenn endlich die Vorhaben des Koalitionsvertrages sowie weitere Maßnahmen umgesetzt und damit

- die **Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln finanziert,**
- **eine regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV** und
- eine **Absenkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel auf sieben Prozent** wie in anderen europäischen Ländern längst üblich

vorgesehen würden. Gleichzeitig müssen wirkliche Strukturreformen und damit das Heben von Effizienzreserven, die wir für eine nachhaltige Finanzierung dringend brauchen, entschieden angegangen werden.

Die **Regelungen zur Vermögensabschmelzung** der Kassen werden ferner dazu führen, dass die Lage der gesetzlichen Krankenkassen künftig viel volatil wird als bisher: Die Krankenkassen sollen nur noch durch einen Freibetrag von 3 Mio. Euro zuzüglich 0,2 Monatsausgaben geschützt werden. Darüber hinaus noch bestehende Vermögen werden in zwei Stufen anteilig herangezogen. Der im Vergleich zum Referentenentwurf höhere Freibetrag bedeutet zwar eine Verbesserung. Es bleibt allerdings dabei, dass damit die bereits auf Basis der bestehenden Regelungen abgeschmolzenen Finanzreserven noch einmal derart stark abgeschmolzen werden, dass **unerwartete Ausgabensteigerungen oder teure Leistungsfälle kaum noch abgedeckt und nur durch Zusatzbeitragssatzanhebungen aufgefangen werden können**. Die ebenfalls vorgesehene Abschmelzung der Reserven des Gesundheitsfonds, die die Liquiditätssituation der Krankenkassen absehbar verschlechtern wird, verschärft den finanziellen Druck auf die Kassen zusätzlich.

Jede künftige Ausgabensteigerung wird so nahezu unmittelbar auf die Beitragszahler zurückfallen.

Darüber hinaus bleibt das **Haftungsrisiko, das bei traditionellen Krankenkassen auch das Trägerunternehmen trägt**, weiterhin unbeachtet. Die Bildung von Rücklagen diene in der Vergangenheit in besonderem Maße dem Abwenden von Finanzrisiken, die die jeweilige Kasse in existentielle Notlagen bringen könnten. Auch um Gefahren für das Trägerunternehmen von vornherein abzuwenden, waren selbst durch die Vorgängerregierung **Sonderregelungen für kleine und traditionelle Krankenkassen** bei der Vermögensabschmelzung vorgesehen. Diese Sonderregelungen sind auch jetzt wieder notwendig.

Sinkt hingegen das Vermögen unter die Mindestreserve, sind die Aufsicht und der GKV-Spitzenverband sofort zu alarmieren. Insbesondere hier droht Verwaltungsräten und Vorständen der gesetzlichen Krankenkassen das persönliche **Haftungsrisiko**.

In Bezug auf die vorliegenden Maßnahmen halten die Betriebskrankenkassen die folgenden Änderungen daher für zwingend notwendig:

Berücksichtigung **des besonderen Haftungsrisikos bei traditionellen Betriebskrankenkassen**. Hier sind Sonderregelungen notwendig, um die Trägerunternehmen zu entlasten bzw. zu schützen.

- x Die vorgesehene **Basis für die Vermögensabschmelzung**, das amtliche Jahresrechnungsergebnis 2021, lässt zum einen finanzielle Einflussfaktoren bei den Krankenkassen im Verlaufe des Geschäftsjahres 2022 außer Acht. Der Jahresabschluss 2021 ist ferner geprägt durch noch ungewisse Verpflichtungen aus RSA-Reform und Ausgabenrisiken (z.B. Ausbudgetierung Pflegebudget). Daher ist das Geschäftsjahr 2022 in die Vermögensabschmelzung einzubeziehen.
- x Wegen der **simultanen Abschmelzung der finanziellen Reserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds** sollte es den Krankenkassen innerhalb einer Kassenart ermöglicht werden, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen.
- x Ein **einmaliger zusätzlicher Bundeszuschuss** verknüpft mit einem **Bundesdarlehen** stellen **keinen nachhaltigen Finanzierungsbeitrag** zur Sicherung der GKV-Finzen dar. Auch wenn das Jahr 2023 als Übergangsjahr bezeichnet wird, sollte auf finanztechnische Spitzfindigkeiten verzichtet werden. Die Rückzahlungsverpflichtung muss überdacht werden.
- x **Anhebung des allgemeinen und des ermäßigten Beitragssatzes**: Sofern in Ermangelung eines ausreichenden Bundeszuschusses oder nicht ausreichender Effizienzreserven bei den Leistungserbringern eine Beitragssatzerhöhung für die GKV-Mitglieder erforderlich sein sollte, ist diese über den allgemeinen und den ermäßigten Beitragssatz der GKV nach §§ 241 und 243 SGB V zu realisieren. Die Ausgabensteigerungen der letzten Jahre, die verant-

wortlich sind für die nun identifizierte strukturelle Finanzierungslücke, sind auf die Gesetzgebung in den letzten beiden Legislaturperioden zurückzuführen. Insofern ist es nicht sachgerecht, die Belastung dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zuzuordnen.

- Sollte an einer Anpassung über den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz festgehalten werden, so sind die **Informationspflichten der Krankenkassen an ihre Versicherten (§174 Absatz 4 Satz 7)**, auf Grund der besonderen Situation und vor dem Hintergrund der entstehenden Kosten, für das Jahr 2023 auszusetzen.
- Der Anstieg der **sachlichen Verwaltungskosten** soll auf drei Prozent gegenüber dem Vorjahr beschränkt werden. Dies wird abgelehnt, da so der tatsächliche Kostenanstieg aus der Inflation bei Weitem nicht abgebildet wird und Krankenkassen notwendige Investitionen in Digitalisierung und Automatisierung unmöglich sind.
- Dass die **pharmazeutische Industrie** nun über eine **Anhebung des Herstellerabschlages** statt, wie im Referentenentwurf vorgesehen, durch einen sehr bürokratischen Solidarbeitrag einen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen leisten soll, wird begrüßt. Ein erhöhter Herstellerabschlag ist für die Krankenkassen einfacher und transparenter umzusetzen und bereits seit Jahrzehnten erprobt. Die Anhebung fällt jedoch deutlich zu niedrig aus und soll zudem nur für das Jahr 2023 gelten. Die Betriebskrankenkassen plädieren daher für eine unbefristete Anpassung auf 19 Prozent. Damit wären auch die Belastungen zwischen Beitragszahlern und Leistungserbringern fairer verteilt.
- Die Abschaffung der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten **Förderung von Leistungen im Rahmen der Versorgung von Neupatienten durch extra-budgetäre Vergütung** wird ausdrücklich begrüßt, da die intendierte Verbesserung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung nicht erreicht werden konnte.
- Die Zielsetzung und die konkretisierende bundeseinheitliche **Definition der im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen** ab dem Jahr 2024 wird begrüßt. Allerdings führt die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System nicht dazu, die Situation für das pflegende Personal substantiell zu verbessern. Die zweigleisige Finanzierungssystematik erhöht zudem die Komplexität der Budgetfindung in den Krankenhäusern und führt zu erheblichen Normierungskonflikten. Neben der sachgerechten Normierung für 2023 muss daher auch eine Basisberichtigung aufgrund der unsachgerechten Normierung der Vorjahre, zumindest für das Jahr 2022, vorgenommen werden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 1: Die sächlichen Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse (§4 Abs. 5 SGB V)

Der Anstieg der sachlichen Verwaltungskosten soll auf drei Prozent gegenüber dem Vorjahr beschränkt werden. Dies wird abgelehnt. Die Veränderungsrate der sächlichen Verwaltungskosten ist seit 2019 bereits rückläufig, im Jahr 2021 betrug sie lediglich 1,9 Prozent. Damit ist nicht nachvollziehbar, warum gerade die sächlichen Verwaltungskosten als Problemfeld identifiziert werden. Die Krankenkassen agieren im wettbewerblichen Umfeld bereits wirtschaftlich mit ihren Ressourcen. Die geringen Steigerungsraten der gesamten Nettoverwaltungskosten – die in der letzten Dekade deutlich geringer anstiegen als die Leistungsausgaben oder als die Grundlohnsummenentwicklung – belegen dies.

Abgesehen von dem erwiesenermaßen verantwortungsvollen Kostenmanagement der Krankenkassen auch im Verwaltungsbereich ist zu berücksichtigen, dass sich die Inflation – vor allem im Bereich der Energiekosten – auch in der Verwaltung der GKV niederschlagen wird. Gleiches gilt auch für die Digitalisierung, den Aufbau der Telematikinfrastruktur, die Sozialwahlen und kassenindividuelle Besonderheiten: Ein überproportionales Versichertenwachstum in den vergangenen Jahren macht sich bei einigen Versicherungsträgern auch in einem Zuwachs der Nebenkosten bemerkbar. Insofern müssen – wie bereits auch bei den Verwaltungskostenbudgetierungen der Vergangenheit – Ausnahmetatbestände, wie die hier dargestellten, Berücksichtigung finden können.

Zudem verteilen sich bei einzelnen Krankenkassen und Kassenarten die Ausgaben sehr unterschiedlich auf die persönlichen und die sächlichen Verwaltungskosten. Bspw. fungieren Allgemeine Ortskrankenkassen selbst jeweils als ihr Landesverband, sodass die zugehörigen Ausgaben für dienstbezügliche Aufgaben unter „persönliche“ Verwaltungskosten gebucht werden; dahingegen entfallen bei den Betriebskrankenkassen dieselben korrespondierenden Ausgaben auf die sächlichen Verwaltungskosten. Auch unterscheiden sich die Verteilung auf persönliche und sächliche Verwaltungskosten nach der Integration bestimmter Verwaltungsleistungen: Sind bei einer Krankenkasse viele Leistungen fremdvergeben an entsprechende Dienstleister, ist ihr Ausgabenanteil bei den sächlichen Ausgaben entsprechend höher. Es ist nicht ersichtlich, warum solche Krankenkasse mit hohem Anteil an fremdvergebenen Leistungen durch Dritte mit der Regelung stärker getroffen werden sollten, als solche Krankenkassen, die viele Leistungen selbst erbringen und diese im Kontextrahmen als persönliche Verwaltungskosten buchen.

Die Überführung von 25 Millionen Euro, die eigentlich über die Höhe der Verwaltungskosten zugewiesen werden sollten, in die Liquiditätsreserve erschließt sich nicht. Grundsätzlich könnte dieser Effekt mit der Neuerung von §271 SGB V doppelt berücksichtigt werden. Insgesamt erscheint diese

Maßnahme in der Relation zum Maßnahmenpaket zudem als verwaltungsaufwendig, kompliziert und überflüssig.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 1 wird gestrichen.

Nummer 2: Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen (§ 35a SGB V)

Die Umsatzschwelle für eine Vollbewertung von Arzneimitteln zur Behandlung seltener Erkrankungen wird von 50 Millionen Euro pro Jahr auf 20 Millionen Euro pro Jahr herabgesetzt. Diese Änderung kann allenfalls ein erster Schritt sein, weil auch Patienten mit einer seltenen Erkrankung Anspruch auf vollumfassend bewertete Informationen über ihre Therapie haben. Entsprechend sollte das Sonderprivileg in Gänze entfallen.

Sollte der Gesetzgeber an einer Absenkung der Umsatzschwelle festhalten, wäre ergänzend vorzusehen, dass das Orphan Drug Privileg nur noch für das erste Orphan Drug in einem Anwendungsgebiet gilt.

Nummer 5: Abschaffung der extrabudgetären Vergütung von Leistungen bei Neupatienten (§ 87a Absatz 3 SGB V)

Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte Vergütung von Leistungen für die Versorgung von Neupatienten und Patienten, die seit mindestens zwei Jahren nicht in der Arztpraxis untersucht oder behandelt wurden, soll zum 01.01.2023 abgeschafft werden. Die Vergütung soll demnach ab 01.01.2023 wieder in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgen. Zur Finanzierung der Leistungen innerhalb der MGV soll eine Rückführung des Finanzvolumens erfolgen, das im Rahmen der Ausdeckelung der genannten Leistungen aus der MGV bereinigt wurde. Dabei soll die vereinbarte Anpassung des Punktwertes sowie des Behandlungsbedarfes berücksichtigt werden. Der Bewertungsausschuss soll entsprechend bis zum 30.11.2022 ein Verfahren beschließen, dass das im Rahmen des TSVG aus der MGV bereinigte Finanzvolumen in die MGV zurück überführt.

Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, sollen hingegen weiterhin außerhalb der MGV vergütet werden. Da ab dem Jahr 2023 für diese Leistungen bisher keine Bereinigung der MGV vorgesehen ist und somit die Gefahr einer doppelten Finanzierung dieser Leistungen in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und der extrabudgetären Vergütung besteht,

sieht der Gesetzentwurf die Aufnahme einer unbefristeten Bereinigung der MGV vor, die ab dem Jahr 2023 zur Anwendung kommen soll. Eine Bereinigung soll erfolgen, wenn die Zahl der Arztgruppenfälle einer Arztgruppe im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als drei Prozentpunkte steigt und die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals berücksichtigen. Das Bereinigungsverfahren soll vom Bewertungsausschuss bis zum 31. März beschlossen und für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis 30. September 2024 hinsichtlich des verbesserten Zugangs zur fachärztlichen Versorgung evaluiert werden. Über das Evaluationsverfahren ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit Einvernehmen herzustellen. Die Evaluationsergebnisse sollen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 berichtet werden.

Die Abschaffung der Förderung von Leistungen im Rahmen der Versorgung von Neupatienten durch extrabudgetäre Vergütung wird ausdrücklich begrüßt. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen konnten die intendierten Ziele, verbesserter Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung und Abbau von Wartezeiten, mit dieser Änderung nicht erreicht werden. Es wurden vielmehr Mehrausgaben generiert, denen keine Verbesserung der Versorgung gegenübersteht.

Eine Rückbereinigung durch Überführung des Leistungsbedarfes von Neupatienten in die MGV wird grundsätzlich als sachgerecht betrachtet.

Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, sollen hingegen weiterhin extrabudgetär vergütet werden. Der Gesetzgeber sieht hier die Gefahr einer Mengenausweitung durch Umsteuerung von Neupatienten in die offene Sprechstunde. Diese Einschätzung wird vom BKK Dachverband geteilt. Die Aufnahme der vorgeschlagenen Bereinigung zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung für diese Fälle ist vor diesem Hintergrund zwingend erforderlich und wird vom ausdrücklich begrüßt. Um Transparenz im Leistungsgeschehen zu erreichen, wird die vorgesehene Evaluation durch den Bewertungsausschuss ebenfalls begrüßt.

Die geplanten Maßnahmen in der ärztlichen Versorgung sind nach Auffassung des BKK Dachverbandes zwar geeignet, Finanzreserven zu heben, denen kein spürbarer Nutzen in der Versorgung gegenübersteht, dennoch erscheint der Beitrag der Vertragsärzte und Psychotherapeuten gering. Nach Auswertungen des statistischen Bundesamtes im Rahmen der Kostenstrukturerhebung 2019 erzielten Arztpraxen im Jahr 2019 durchschnittlich Reingewinne von 296.000 Euro mit einem Anteil von ca. 210.000 Euro zu Lasten der GKV. Die Betriebskrankenkassen schlagen deshalb vor, Vertragsärzte darüber hinaus stärker an der Ausgabenbegrenzung zu beteiligen.

Nummer 6 und Nummer 14b: Grippeimpfstoffe (§ 106b und § 132e Abs. 2 SGB V)

In Artikel 1 Nr. 6 in Kombination mit Nr. 14 Buchstabe b ist eine erneute zusätzliche Reserve bei Grippeimpfstoffen in Höhe von 30 Prozent (statt 10 Prozent) vorgesehen, die auch von der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arztpraxen freigestellt ist. Diese Maßnahme hat jedoch keinen Effekt auf eine bessere Versorgung der Patienten mit Impfstoffen und sollte daher nicht umgesetzt werden. Al-

leine wegen einer erhöhten Reserve werden nicht mehr Patienten geimpft. Es bedarf vielmehr einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte sich, dass Impfstoffe von den Arztpraxen überwiegend bestimmten Apotheken oder sogar speziellen Impfstoffversandapotheken bestellt werden. Zusätzlich bevorratet sich jede einzelne Apotheke individuell aufgrund von Schätzwerten oder Mitteilungen von Ärzten. Es findet keinerlei Koordination statt. Vermeintliche Engpässe in den vergangenen Jahren beim Grippeimpfstoff sind somit eher durch ein Verteilungsproblem begründet. In einigen Bundesländern/Apotheken/Arztpraxen war ausreichend Impfstoff vorhanden. „Gehorteter Impfstoff“ wurde nicht verimpft und damit wertvolle Ressourcen verschwendet. Es ist zeitgemäß und zwingend erforderlich, auch in der Gesundheitsversorgung auf Nachhaltigkeit und einen verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen zu achten.

In die Schätzung der erforderlichen Impfdosen müssten künftig auch die Apotheken einbezogen werden, die die Grippeimpfung anbieten dürfen. Ein erster kleiner Schritt ist die Verpflichtung der Apotheken an der Impfsurveillance mitzuwirken. Dieses ist im Gesetzentwurf zum Covid19-SchutzG vorgesehen. Das alleine reicht jedoch nicht aus. Den Arztpraxen ist nicht bekannt, wie sich ihr Impfstoffbedarf durch weitere Impfanbieter (Apotheken, Betriebsärzte etc.) ändert. Bestellten sie die gleichen Mengen wie bislang, blieben noch mehr Impfstoffe unverbraucht. Zentral ist es daher, den Impfstoff nach Bedarf zu verteilen. Hierfür wäre z.B. die Wiedereinführung der regionalen kassenartenübergreifenden Ausschreibungen sinnvoll. Mit ihrer Hilfe könnten die Krankenkassen die Ressourcenverteilung steuern. Aktuell liegt die Beschaffung allein in den Händen der Ärzte bzw. deren Kassenärztlichen Vereinigungen und Apotheken.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die in § 106b und § 132e Abs. 2 SGB V vorgesehenen Änderungen werden gestrichen

Nummer 9: Austauschbarkeit von Biologika und Biosimilars in Apotheken (§ 129 SGB V)

Bereits im Jahr 2019 erhielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, in seinen Richtlinien Hinweise zur Austauschbarkeit von Biologika und Biosimilars zu bestimmen und bis 16. August 2022 auch Hinweise zur Austauschbarkeit durch Apotheken zu geben.

Diese Regelung soll nun um ein Jahr verschoben werden. Zudem wird die Anwendung stark eingeschränkt und soll somit nur noch für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten gelten. Bei diesen Produkten sollte es jedoch sachlogisch überhaupt keiner Einschränkung bedürfen. Eine Umsetzung könnte sogar unmittelbar durch das Gesetz erfolgen.

Der Aufschub der Regelung bis Mitte August 2023 wird entsprechend abgelehnt. Die Versorgungsqualität bleibt trotz einer Therapieumstellung erhalten. Apotheken können mit ihrer Expertise Patienten gut begleiten und mit ihrer Beratung unterstützen. Durch eine Verschiebung würden erneut keine Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die in § 129 Absatz 1a SGB V vorgesehene Änderung wird gestrichen.

Nummer 11: Erhöhter Herstellerabschlag für 2023 (§130a SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich, dass statt des ursprünglich vorgesehenen Solidarbeitrages und des damit verbundenen Aufwandes nun eine Erhöhung des Herstellerabschlages vorgesehen ist. Der Beitrag, den die pharmazeutische Industrie hiermit zur Stabilisierung der GKV-Financen beisteuern soll, fällt nach Auffassung der Betriebskrankenkassen jedoch viel zu gering aus. Auch ist die Anhebung nur für das Jahr 2023 vorgesehen und somit keinesfalls nachhaltig.

Der Pharma-Gesamtmarkt in Deutschland steigerte laut Statista seinen Umsatz im Jahr 2021 um 7,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr und liegt damit sogar über dem Vorkrisenniveau im Jahr 2019. Es gilt, dem Aspekt bei einer fairen Verteilung der Belastungen, angemessenen Rechnung tragen. Daher ist der Herstellerabschlag nach Auffassung der Betriebskrankenkassen langfristig anzuheben, um die Finanzen zu stabilisieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 19 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer.“

Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

“Sofern bei einem dieser Arzneimittel im Rahmen einer Vereinbarung nach § 130b die Herstellerabschläge nach Absatz 1 abgelöst sind, erhalten die Krankenkassen einen Abschlag in Höhe von 12 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer.“

Nummer 12: Erstattungsbeträge für Arzneimittel (§ 130b SGB V)

Zu a) Es ist zu begrüßen, dass die vorherige „Kann“-Regelung, dass in den Erstattungsbetragsverhandlungen mengenbezogene Effekte mitberücksichtigt werden, in eine „Muss“-Regelung umgewandelt wird.

Zu b) Die Regelung, bei nicht-therapiegerechten Packungsgrößen einen Verwurf preismindernd zu berücksichtigen, ist zu begrüßen. Die finanziellen Effekte dieser Regelung werden derzeit als eher gering eingeschätzt, nichtsdestotrotz berührt diese Änderung auch Aspekte der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen.

Zu c) Die Regelung, die Anerkennung von Praxisbesonderheiten auf Arzneimittel mit einem Zusatznutzen zu beschränken, wird ebenfalls von den Betriebskrankenkassen begrüßt.

Zu d) Es wird klargestellt, dass neben dem Ausmaß auch die Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens einer G-BA-Bewertung in den Erstattungsbetragsverhandlungen entscheidend sind.

Zudem wird die Bedeutung eines nicht belegten Zusatznutzens beschrieben. Es ist zu begrüßen, dass, sofern vom G-BA bewertete Arzneimittel keinen zusätzlichen Nutzen attestiert bekommen und nicht in eine Festbetragsgruppe eingegliedert werden können, ein Erstattungsbetrag vereinbart wird, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Bei nicht belegtem Zusatznutzen soll der Erstattungsbetrag zudem zu geringeren Jahrestherapiekosten als die der zweckmäßigen Vergleichstherapie führen.

Für Arzneimittel, die einen geringen oder nicht quantifizierbaren Zusatznutzen haben, ist zukünftig die wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie maßgeblich. Diese Änderung ist ebenfalls zu begrüßen.

Die patentgeschützte Vergleichstherapie wird um die Fälle ergänzt, die noch nicht im AMNOG-Verfahren vom G-BA bewertet wurden (sog. Bestandsmarkt). Hier fällt ein Preisabschlag von 15 von Hundert an. Diese neue Regelung ist sehr zu begrüßen, weil sie die preissteigernden Effekte des nicht bewerteten Bestandsmarktes in Teilen auffängt.

Zu e bis i) Der Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V (neu) gilt ab dem siebten Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels. Damit wird die Zeitdauer der freien Preisbildung um sechs Monate verkürzt.

Für neue Arzneimittel, die im regulären Verfahren durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (European Medicines Agency – EMA) zugelassen worden sind, ist dieser Kompromiss zwischen der Forderung der Krankenkassen nach rückwirkender Geltung des Erstattungsbetrags zum ersten Tag und der bestehenden Regelung geeignet. Für neue Arzneimittel, die nach einer beschleunigten Zulassung auf den Markt kommen, ist der Evidenznachweis jedoch oft dürftig. Zum Schutz der betroffenen Patienten muss für die Hersteller ein Anreiz geschaffen werden, sich um eine bessere Evidenz als bislang zu bemühen. Somit sollte hier ein Verfahren zur Anwendung kommen, das dem Prinzip „Der

Preis folgt der vorhandenen Evidenz“, also dem Nachweis der klinischen Wirksamkeit im Anwendungsgebiet, entspricht.

Ein nachträglich verhandelter Erstattungsbetrag ist nach Auffassung der Betriebskrankenkassen immer strategieanfällig. Die kürzere Phase des freien Preises wird vorab eingepreist. Die politisch erhofften Einsparungen werden sich so nicht erzielen lassen.

Nummer 13: Kombinationsabschlag (§ 130e neu SGB V)

Der neue § 130e SGB V führt für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen in einer Kombinationstherapie einen Kombinationsabschlag in Höhe von 20 Prozent auf den Erstattungsbetrag ein.

Grundsätzlich ist diese Änderung zu begrüßen. Besonders Kombinationen neuer Arzneimittel ohne erwiesenen oder nur sehr geringen zusätzlichen Nutzen führen zu einer immensen Verteuerung der Arzneimitteltherapie. Ein Abschlag auf diese Kombinationen fängt diese Entwicklung in Teilen auf.

Der Abschlag bezieht sich auf den Erstattungsbetrag. Damit wird in den ersten sechs Monaten bei hochteuren Kombinationen neuer Arzneimittel kein Abschlag gezahlt. Eine Änderung des Bezugs auf den höchst zulässigen Abgabepreis würde hier Abhilfe schaffen und auch die ersten sechs Monate nach Markteinführung berücksichtigen.

Ebenso sollte sich der Abschlag nicht nur auf Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen nach § 35a beschränken, sondern auch für bereits AMNOG-bewertete Arzneimittel des Bestandsmarkts als Kombinationspartner gelten.

Es ist keine Berücksichtigung der Arzneimittelverordnungen im stationären Bereich vorgesehen. Damit fiel der Kombinationsrabatt ausschließlich bei ambulanten Kombinationen an. Eine Ergänzung um die Arzneimittelverordnungen des stationären Bereichs ist fachlich jedoch sehr sinnvoll und sollte entsprechend vorgenommen werden. Krankenkassen dürfen nach dem aktuellen Entwurf lediglich die Abrechnungsdaten für ambulante Arzneimittel (nach §300 SGB V) versichertenbezogen zusammenführen. Hier sollte eine Ergänzung um die Krankenhausabrechnungsdaten nach §301 SGB V erfolgen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 130e Abs. 2 Satz 2 (neu) wird wie folgt geändert:

*“Die Krankenkassen oder ihre Verbände treffen mit pharmazeutischen Unternehmen Vereinbarungen zur Abwicklung des Kombinationsabschlages. Zu diesem Zweck dürfen die Krankenkassen die ihnen vorliegenden Arzneimittelabrechnungsdaten nach § 300 **und § 301 SGB V** versichertenbezogen verarbeiten.“*

Nummer 14 Buchstabe a: Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e SGB V)

Grundsätzlich wird die Regelung begrüßt. Sofern neue Verträge für die Durchführung von Schutzimpfungen, geschlossen werden, hat sich die Höhe der ärztlichen Honorierung an den bereits ausgehandelten Honorarhöhen zu orientieren. Ergänzend besteht auch gesetzlicher Änderungsbedarf. Der Passus bezieht sich lediglich auf den Absatz 1 des § 132e SGB V. Seit Inkrafttreten des Pflegebonusgesetzes dürfen aber auch Apotheken Gripeschutzimpfungen anbieten (Abs. 1a). Auch hier muss der Honorardeckel gelten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§132e SGB V wird wie folgt geändert:

Dem Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:

„Sofern erstmalig Verträge über die Versorgung mit Schutzimpfungen abgeschlossen werden, hat sich die Vergütung für die Durchführung der Schutzimpfung an bereits bestehenden Verträgen für vergleichbare Schutzimpfungen zu orientieren.“

Nummer 20: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221a Absatz 5 SGB V)

Es ist zu begrüßen, dass der Bund einen Beitrag zum Schließen der Finanzierungslücke von geschätzten 17 Mrd. Euro für das Jahr 2023 leistet. Der Beitrag ist jedoch deutlich geringer als in den Vorjahren und bürdet damit die Hauptlast zur Deckung der absehbaren Finanzierungslücke für das kommende Jahr 2023 den Beitragszahlern auf. Das zudem avisierte Bundesdarlehen in Höhe von einer Milliarde Euro ist nicht nachhaltig. Die Finanzierungsproblematik wird damit in die Zukunft verschoben. Zudem steht ein Darlehen an den Gesundheitsfonds, das nicht nur dem Ausgleich unterjähriger Einnahmenschwankungen dient, sondern zum Ausgleich eines Einnahmedefizits aufgenommen werden soll, im Gegensatz zum strikten Kreditaufnahmeverbot für die Krankenkassen.

Nummer 22: Zusatzbeitragssatz (§242 SGB V)

Mit dem in 2018 beschlossenen Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) wurde die zulässige Vermögenobergrenze bei Krankenkassen abgesenkt und mit einer Höhe von einer durchschnittlichen Monatsausgabe fixiert. Dies wurde gleichzeitig mit einer zwangsläufigen Vermögensabführung an den Gesundheitsfonds verbunden, sofern diese Obergrenze in drei aufeinanderfolgenden Jahren

überschritten werden sollte. Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurde die Obergrenze in 2020 auf das 0,8fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe weiter reduziert. Diese Reduzierung stand dabei im Zusammenhang mit einer außerordentlichen Vermögensabgabe der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds, um den Anstieg des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in 2021 auf 0,3-Prozentpunkte zu begrenzen. Damit sollte über das Jahr 2021 hinaus die Beitragslast der Versicherten kurzfristig so gering wie möglich gehalten werden. Bereits zu diesem Zeitpunkt war offensichtlich, dass damit erhebliche Finanzrisiken auf die Einzelkassen übertragen werden.

Die erneute Absenkung auf das nunmehr 0,5fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe ist nicht sachgerecht: Die neue Vorgabe würde die Skala des Gefährdungsindex des GKV-Spitzenverbandes zur frühzeitigen Identifikation finanziell gefährdeter Krankenkassen außer Acht lassen. Bei einer Realisierung der angestrebten Obergrenze könnte keine Krankenkasse mehr den höchsten oder zweithöchsten Wert im entsprechenden Index erreichen. Allenfalls mittelmäßige Bewertungen wären die Folge.

Außerdem würde die erneute Vermögensabgabe nach §272b SGB V (neu) in Kombination mit dieser Verschärfung sprunghafte Anhebungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes bei vielen Krankenkassen provozieren.

Die Streichung von §242 Abs. 1a SGB V ist sachgerecht, da sich die Regelungen auf das abgeschlossene Geschäftsjahr 2021 beziehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§242 Abs. 1 SGB V sollte unverändert bleiben.

Nummer 23: Betriebsmittel (§260 SGB V)

Die Regelung wird aus denselben Gründen wie Nr. 21 abgelehnt. Sie bedeutet erneut – und zudem verschärft – einen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen. Die Möglichkeit für Krankenkassen, Finanzreserven zur Risikovorsorge oberhalb der gesetzlich geforderten Mindestrücklage zu bilden, wird auf ein Minimum reduziert. Auf unerwartete Ausgaben bzw. Ausgabensteigerungen können die Krankenkassen dann nur noch mit einem (weiteren) Anstieg des Zusatzbeitragssatzes reagieren.

Es wird begrüßt, dass hierbei jedoch weiterhin Ausnahmen für kleinere Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern erhalten bleiben.

Nummer 26: Gesundheitsfonds (§271 SGB V)

Die Vermögensreserven des Gesundheitsfonds sollen unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, unerwartete Einnahmeausfälle und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs ausgleichen. Bereits im Jahr 2019 erfolgte eine Absenkung der Obergrenze der Liquiditätsreserve auf 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds. Kommen der Gesundheitsfonds und seine Reserven unter Druck, wie dies in 2020 etwa der Fall war, werden die Zuweisungen an die Krankenkassen zeitlich gestreckt. Das führt(e) für die Krankenkassen, insbesondere in Verbindung mit verkürzten Zahlungsfristen an die Leistungserbringer, zu erheblichen Problemen bei Liquidität und Zahlungsfähigkeit.

Zwar kann grundsätzlich nachvollzogen werden, dass die Vermögensreserve des Gesundheitsfonds in Zeiten knapper finanzieller Mittel auf ein Minimum begrenzt wird und übersteigende Mittel zur Unterstützung des Zusatzbeitragssatzes der Kassen auf einem möglichst niedrigen Niveau eingesetzt werden. Die Möglichkeiten des Gesundheitsfonds zum unterjährigen Ausgleich von regelmäßigen und außerordentlichen Einnahmeschwankungen besteht damit jedoch nur noch in einem rudimentären Umfang. Eine gleichzeitige Absenkung der Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, erhöht allerdings das Risiko finanzieller Schieflagen von Krankenkassen erheblich. Liquiditätsrisiken könnten damit vor allem die Zahlungsfähigkeit von Krankenkassen beeinträchtigen.

Um Haftungsrisiken abzuwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, ist es daher sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden bzw. schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern. Dies gilt insbesondere dann, wenn Finanzrisiken nicht durch eigenes Handeln der Krankenkasse verschuldet sind, sondern auf von der Krankenkasse nicht beeinflussbaren Faktoren beruhen.

Der BKK Dachverband hält es nach wie vor für sinnvoll, Haftungsrisiken frühzeitig abwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Kassen erhalten zu können. Daher sollten – insbesondere auch unter wettbewerblichen Gesichtspunkten – die Kassenartenverbände wieder wesentliche Beteiligte an der Haftungsprävention für die jeweilige Kassenart werden können. Und trotz allem Wettbewerb untereinander, das hat die Vergangenheit vor Abschaffung der Regelung gezeigt, besteht innerhalb einer Kassenart eine hohe Bereitschaft, Krankenkassenschließungen bzw. -insolvenzen oder Zwangsfusionen über freiwillige finanzielle Hilfen zu vermeiden. Auch dies muss wieder etabliert werden.

Es sollte den Krankenkassen daher möglich sein, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen. In diesen Verträgen wäre Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Einfügen eines § 164a (neu) SGB V:

„§ 164a Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen sowie

2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbaren Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.“

Nummer 27: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023 (§ 272b neu SGB V)

Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist aus politischer Sicht teilweise nachvollziehbar, dass auch die Finanzreserven der Krankenkassen herangezogen werden, um die GKV-Finanzierung zu stabilisieren. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen wird dies jedoch entschieden abgelehnt, da durch das Ausmaß der neuerlichen Abschmelzung eine Gefahr für die Finanzstabilität vieler Krankenkassen entsteht. Nach der neuerlichen Vermögensabgabe verbleiben nur noch sehr geringe Vermögensstände bei den Krankenkassen. Diese sind zu gering, um unerwartete Ausgaben – wie sie krankenkassenindividuell häufig sind – auszugleichen. Die Regelungen werden damit zu häufigen und sprunghaften Erhöhungen der Zusatzbeitragssätze bei den Krankenkassen führen.

Es muss zudem bedacht werden, dass die Finanzreserve zum Ende des Geschäftsjahres 2021 als Berechnungsbasis herangezogen wird. Eine Reaktion zur Gegensteuerung für Krankenkassen besteht realistischerweise erst ab dem 1. Januar 2023. Dies bedeutet insbesondere, dass das Geschäftsjahr 2022 bei der gesetzlichen Regelung unbeachtet bleibt. Jedoch existieren einige Krankenkassen, die das Geschäftsjahr 2022 voraussichtlich mit einem Defizit abschließen werden. Teilweise planen Krankenkassen auf Basis der bestehenden Vorschriften des § 260 SGB V für das Jahr 2022 mit einem Defizit und bauen entsprechend bereits in diesem Jahr 2022 Vermögen ab. Da die Bemes-

sungsgrundlage für den neuerlichen Vermögensabbau die KJ1 2021 ist, müssen diese Krankenkassen dann im Jahr 2023 Vermögen abbauen, das ihnen bereits im Jahr 2022 teilweise nicht mehr zur Verfügung steht. Diese Krankenkassen können dann nur noch mit einer sprunghaft ansteigenden Anhebung des Zusatzbeitragsatzes reagieren.

Zudem lässt die neuerliche Vermögensabgabe bei traditionellen Betriebskrankenkassen die Haftung durch ihre Trägerunternehmen außer Acht. Für solche betriebsbezogenen Betriebskrankenkassen haften auch die jeweiligen Trägerunternehmen. Damit ist es sachgerecht, diese Krankenkassen ebenfalls teilweise von der neuerlichen Vermögensabgabe auszunehmen.

Der Gesetzgeber hat zudem aus gutem Grund für kleinere Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern eine Sonderregelung zur Obergrenze der Betriebsmittel (§260 SGB V) vorgesehen. Eine derartige Sonderregelung sollte hier analog umgesetzt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe wird gestrichen.

Alternativ, sofern an den Regelungen der Vermögensabgabe grundsätzlich festgehalten werden sollte:

Ergänzung eines Absatz 4 in § 272b SGB V:

“Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, wird der nach Absatz 1 ermittelte Betrag auf 20 Prozent dieses Betrags begrenzt.”

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Mit der Konkretisierung der im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen ab dem Jahr 2024 wird das Ziel verfolgt, die Verhandlungskonflikte bei den Vereinbarungen der krankenhausesindividuellen Pflegebudgets auf der Ortsebene, um die Zuordnung der Berufsgruppen ohne pflegerische Qualifikation, zu reduzieren. Diese Zielsetzung und die konkretisierende bundeseinheitliche Definition werden begrüßt.

Dies ändert jedoch nichts an der Gesamteinschätzung, dass die Ausgliederung der Pflegepersonal-kosten aus dem DRG-System ab dem Jahr 2020 ein grundlegender Fehler war. Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten im Selbstkostendeckungsprinzip hat nicht dazu beitragen können, die Situation der Pflege in der stationären Krankenhausversorgung für das pflegende Personal oder für die Patienten substantiell zu verbessern.

Die zweigleisige Finanzierungssystematik hat jedoch dazu geführt, die Komplexität der Budgetfindung in den Krankenhäusern noch weiter zu erhöhen. Dieser Herausforderung wird auch mit der geplanten Konkretisierung nur bedingt abgeholfen.

Auf Bundesebene hat der Anstieg der Pflegepersonalkosten, der durch Umbuchungen von Personalkosten in den Pflegedienst aus Bereichen, die bereits durch aG-DRG-Fallpauschalen finanziert werden, verursacht ist, zu erheblichen Normierungskonflikten geführt. Zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung hinsichtlich der Zuordnung zu den Vergütungsbereichen aG-DRG-System und Pflegebudget haben aus Sicht des BKK Dachverbandes in den letzten drei Jahren keine ausreichenden sachgerechten Bereinigungen stattgefunden. So hatten die gesetzlichen Krankenkassen beispielsweise im Rahmen der Normierungsdiskussion für das Systemjahr 2022 dem Bundesministerium für Gesundheit ausführlich dargelegt, dass sie es als notwendig ansehen, das aG-DRG-System in Höhe von ca. 700 Mio. Euro zu bereinigen. Die tatsächliche Bereinigung erfolgte im Rahmen der DRG-ENTGELTKATALOGVERORDNUNG 2022 jedoch lediglich in Höhe von 175 Millionen Euro.

Der vorliegende Referentenentwurf adressiert die Normierungsfrage weder für Altjahre, noch für die Jahre 2022 und 2023. Sollten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auch für das Jahr 2023 auf keine gemeinsame Sichtweise zur Normierungshöhe verständigen können, ist es zwingend notwendig, im Rahmen der dann notwendigen Ersatzvornahme durch den Gesetzgeber neben der sachgerechten Normierung für 2023 auch eine Basisberichtigung aufgrund der unsachgerechten Normierung der Vorjahre, zumindest für das Jahr 2022, vorzunehmen.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Beitragssatzanpassung über den allgemeinen Beitragssatz

Werden die adressierten Belastungen so wie im Entwurf vorgesehen umgesetzt, kein ausreichender Bundeszuschuss an die GKV gezahlt und schnellstmöglich nicht weitere Effizienzreserven bei den Leistungserbringern gehoben, werden (weitere) Anpassungen des Beitragssatzes unausweichlich sein. Sinnvollerweise sollte eine Beitragssatzerhöhung für die GKV-Mitglieder jedoch über den allgemeinen Beitragssatz und den ermäßigten Beitragssatz der GKV nach §§ 241 bzw. 243 SGB V realisiert werden. Die Ausgabensteigerungen der letzten Jahre, die verantwortlich sind für die nun identifizierte strukturelle Finanzierungslücke, sind auf die Gesetzgebung in den letzten beiden Legislaturperioden zurückzuführen. Insofern ist es nicht sachgerecht, die Belastung dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zuzuordnen.

Mit der angeregten Änderung wären zudem die Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber ihren Mitgliedern im Falle einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (§174 Absatz 4 Satz 7) obsolet. Durch den Entfall von ca. 50 Millionen Postsendungen ließen sich Einsparungen von geschätzt 25 Millionen Euro realisieren und damit mehr als der Betrag, der durch die vorgesehene Drosselung des Anstieges der sächlichen Verwaltungskosten (§4 Abs. 5 SGB V) erzielt werden soll. Diese Regelung könnte somit entfallen.

Sollte an einer Anpassung über den Zusatzbeitragssatz festgehalten werden, so sind die beschriebenen Informationspflichten (§174 Absatz 4 Satz 7), auf Grund der besonderen Situation und vor dem Hintergrund der entstehenden Kosten, für das Jahr 2023 auszusetzen.

Erstattungsbetrag bei neuen Arzneimitteln beim stationären Einsatz

Es gilt, eine Regelungslücke bei der Rückabwicklung eines verhandelten Erstattungsbetrags zu schließen. Der Entwurf sieht u.a. die rückwirkende Geltung des Erstattungsbetrags nach § 130b SGB V ab dem siebten Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels vor. Diese Regelung läuft schon heute mit der 12-Monats-Frist ins Leere, wenn das Arzneimittel im Rahmen einer stationären Behandlung abgegeben wird. Hier fehlt es an einer Verpflichtung der Krankenhäuser, eine Erstattung gegenüber den Krankenkassen vorzunehmen.

Zusätzlich werden die NUB-Entgelte für ein ganzes Jahr verhandelt. Aufgrund der AMNOG-Systematik können aber unterjährig niedrigere Preise vereinbart worden sein, die dann nicht unmittelbar im NUB-Entgelt abgebildet werden. Diese Problematik verschärft sich mit der Geltung des Erstattungsbetrags ab dem 7. Monat. Damit werden im stationären Sektor deutlich höhere Beträge gezahlt, als im ambulanten Bereich. Es sollte daher geregelt werden, dass die neuen Erstattungsbeträge umgehend wirken und eine Rückerstattung durch die Krankenhäuser umzusetzen ist.

Apothekenvergütung

In Artikel 1 Nr. 9 ist vorgesehen, den Apothekenabschlag für zwei Jahre von 1,77 Euro auf zwei Euro je verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel plus bestimmte Rezepturen zu erhöhen. Als kurzfristige Sparmaßnahme ist die Anhebung des Abschlags zu begrüßen. Allerdings wird die erneute Absenkung nach 2 Jahren zu Ausgabensteigerungen führen, die es zu kompensieren gilt.

Als langfristige Maßnahme wäre der 3-prozentige Aufschlag für den Einkauf von Arzneimitteln zu deckeln. Die Preisbildung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ist durch die Arzneimittelpreisverordnung nach § 78 AMG bestimmt (AMPreisV). Apotheken erhalten bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln auf den Einkaufspreis einen Festzuschlag von 3 Prozent zuzüglich 8,35 Euro, 21 Cent zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes und 20 Cent zur Finanzierung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen. Diese Deckelung gewinnt angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel immer mehr an Bedeutung. Der bislang nicht gedeckelte prozentuale Vergütungsanteil von drei Prozent setzt dabei den Anreiz zur Abgabe hochpreisiger Arzneimittel – wobei teurere Arzneimittel keinen höheren Aufwand bei der Abgabe erzeugen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 3 Satz 1 AMPreisV werden nach den Wörtern „Festzuschlag von 3 Prozent“ die Wörter „bis zu einem Betrag von 30,00 Euro“ eingefügt.

Weiterhin ist eine **Absenkung des Aufschlags in Höhe von 8,35 Euro** für jede abgegebene Packung erforderlich. Laut BMWi-Gutachten¹ wäre dieser Betrag deutlich zu hoch angesetzt und sollte auf 5,84 Euro abgesenkt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 3 Satz 1 AMPreisV wird wie folgt geändert:

*„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch die Apotheken sind zur Berechnung des Apothekenabgabepreises ein Festzuschlag von 3 Prozent zuzüglich ~~8,35 Euro~~ **5,84 Euro** zuzüglich 21 Cent zur Förderung der Sicherstellung*

¹ „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“, an der Heiden, Iris; Meyrahn, Frank; „HM & Associates GmbH, 2018 https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/ermittlung-der-erforderlichkeit-und-des-ausmasses-von-aenderungen-der-in-der-arzneimittelpreisverordnung.pdf?__blob=publicationFile&v=28

des Notdienstes zuzüglich 20 Cent zur Finanzierung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen (...)“

Zusätzlich sollte das BMWi-Gutachten dafür genutzt werden, die **Vergütung auch bei der Rezepturherstellung von parenteralen Lösungen anzupassen** und Wirtschaftlichkeitsreserven in den Apotheken zu erschließen. Diese Rezepturen werden in spezialisierten Apotheken oder auch Herstellbetrieben hergestellt, die viel effizienter und damit kostengünstiger arbeiten können, als kleinere Apotheken. Das BMWi-Gutachten sieht Zuschläge in Höhe von 28 bis 38 Euro als kostendeckend vergütet.

§ 5 Abs. 6 AMPreisV wird wie folgt geändert:

„Besteht keine Vereinbarung über Apothekenzuschläge für die Zubereitung von Stoffen nach Absatz 5 Satz 1 oder Satz 2, beträgt der Zuschlag für parenterale Lösungen abweichend von Absatz 1 oder Absatz 3 für

- 1. zytostatikahaltige Lösungen ~~90~~ **28** Euro,*
- 2. Lösungen mit monoklonalen Antikörpern ~~87~~ **28** Euro,*
- 3. antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen ~~54~~ **34** Euro,*
- 4. Lösungen mit Schmerzmitteln ~~54~~ **38** Euro,*
- 5. Ernährungslösungen ~~83~~ **36** Euro,*
- 6. Calciumfolinatlösungen ~~54~~ **26** Euro,*
- 7. sonstige Lösungen ~~70~~ **31** Euro.“*