

Betriebs  
Kranken  
Kassen

Magazin für Politik, Recht und  
Gesundheit im Unternehmen

# 300 Jahre BKK

## ■ 300 JAHRE BKK

Ein stolzes Jubiläum. Lob von der Bundeskanzlerin und vom Minister für die Pioniere der Krankenversicherung.

## ■ INNOVATIONSFONDS

Wie viel Innovation kommt in die Regelversorgung? Klares Ziel: Keine weiteren Insellösungen.

**BKK**  
Dachverband



BILANZ DER 18. LEGISLATURPERIODE

## NACH DER WAHL GILT: ANPACKEN!

Von Anne-Kathrin Klemm, Abteilungsleiterin Politik, und Julian Visarius, Abteilung Politik

Nach weit über 40 Gesetzen und Verordnungen beschließt der gesundheitspolitische Gesetzgeber mit der Pflegeberufereform eine arbeitsreiche und, aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums und der Regierungskoalition, eine erfolgreiche Legislaturperiode. Schon der Koalitionsvertrag hatte es in sich, beschrieb er doch so detailliert wie selten zuvor die vielen gesetzgeberischen Vorhaben. Ein Novum war auch, mit wie viel Ruhe und Disziplin eines nach dem anderen und noch einiges zusätzlich in Paragrafen und Verordnungen gegossen wurde. Selbst politisch in den letzten Legislaturperioden nicht durchsetzbare Gesetze und Reformen wurden kurzerhand umgesetzt.



So eng getaktet waren die Gesetze, dass allen Akteuren wenig Zeit blieb, Luft zu holen. In der Regel waren mehrere gleichzeitig in der Diskussion – daher lohnt es nun am Ende der 18. Legislaturperiode, die Highlights chronologisch zu rekapitulieren und dort Bilanz zu ziehen, wo dies heute schon möglich ist.

Um den Gesetzgebungskanon zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass der Minister und die Koalitionäre in Zeiten üppig sprudelnder Einnahmen in der GKV agieren konnten. Keine Kostendämpfungsgesetze mussten

durchgefochten werden. Aus einem gut bestückten Gesundheitsfonds konnte geschöpft werden. Aus den Beitragsgeldern der Versicherten werden etliche Wohltaten für die Leistungserbringer finanziert, größere Grausamkeiten wurden vermieden. Aber trotz einer bislang weiterhin stabilen Finanzsituation in der GKV bleiben die Auswirkungen der Reformmaschinerie unter Bundesminister Herrmann Gröhe noch in großen Teilen abzuwarten, eine finanzielle Mehrbelastung der GKV ist aber heute schon sicher. Selbst an Vorschaltgesetze gewöhnte Kenner der Szene



erahnten den anstehenden Galopp nicht, als das 14. SGB V-Änderungsgesetz, das noch im Jahr 2013 erarbeitet und am 31. März 2014 verkündet wurde, den Startschuss gab. Inhalt ist eine Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31. Dezember 2017, die Anhebung des Herstellerrabattes von sechs auf sieben Prozent. Im Gegenzug beinhaltet die Novelle die Streichung der Befugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Bestandsmarktaufruf. Dieser finanziell wichtige und noch vorsichtige Start war z.T. der divergierenden Einschätzung von BMG bzw. Bundesversicherungsamt und der GKV-Seite im Schätzerkreis im Jahr 2013 geschuldet. Beide Seiten kalkulierten für das Jahr 2014 mit unterschiedlichen Finanzentwicklungen. Heute weiß man, dass die GKV tatsächlich zu vorsichtig geschätzt hatte. Hätte man es damals besser gewusst, wäre das Gesetz mit Sicherheit anders ausgefallen.

Schon am 24. Juli 2014 erblickte mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) das erste große, weil finanziell weitreichende Gesetz das Licht der Welt: Mit ihm wurden der allgemeine Beitragssatz von 15,5% auf 14,6% abgesenkt und wie in den Koalitionsverhandlungen von Jens Spahn erfochten – und von Karl Lauterbach mitgetragen – die Arbeitgeberbeiträge eingefroren. Im gleichen Atemzug wurde wieder die Möglichkeit geschaffen, dass kassenindividuelle, einkommensabhängige

Zusatzbeiträge von den Krankenkassen erhoben werden können. Der wieder eingeführte Beitragswettbewerb erhielt jedoch zusätzlich eine pikante Note: Kassen mit überdurchschnittlichem individuellen Zusatzbeitragssatz müssen ihre Versicherten schriftlich auf preisgünstigere Wettbewerber hinweisen. Nach wie vor befremdet diese Vorschrift aufs Äußerste. Dies vor allem, wenn man bedenkt, dass der GKV-SV, das Internet und weitere Medien inzwischen eine maximale Preistransparenz herstellen. Dass der Preiswettbewerb wirkt, das zeigen die wieder erstarkten Wechselbewegungen zwischen preislich unterschiedlichen Kassen. Diesen Preisunterschied kleinzureden und mit höheren Beitragsunterschieden aus dem Jahr 2006 zu vergleichen, wie mancher es heute versucht, ist falsch. Warum? Eine Gegenfrage: Wem haben Sie im Fußball-Sommernächten 2006 ein Selfie beim Public Viewing geschickt? Erinnern Sie sich? Nein? Können Sie auch nicht, denn das erste Smartphone von Apple erblickte erst im Januar 2007 das Licht der Welt. Seither hat sich diese im Hinblick auf Transparenz und Agilität deutlich weitergedreht. Daher hinken selbst in der GKV inzwischen solche Zeitvergleiche.

Heiß umkämpft waren in diesem Gesetz auch die umfangreichen Regelungen zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Zeitgleich mit der Umsetzung eines Gerichtsbeschlusses

zur Annualisierung der Kosten Verstorbener wurden Übergangsregelungen für das Krankengeld und die Auslandsversicherten geschaffen. Im Sommer 2016 wurde politisch versucht, dieses Junktim wieder zu kippen. Die Streitigkeiten um notwendige RSA-Reformen haben seither nicht aufgehört, entwickeln sich doch insbesondere seit dem Jahr 2013 die Deckungsquoten, also die Differenz aus Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den Ausgaben für die gesetzlichen Leistungen, auseinander. Die Notwendigkeit einer Reform des Morbi-RSA steht heute, am Ende der Legislaturperiode, zum Glück nicht mehr zur Debatte. Zu spürbar sind die Wettbewerbsverzerrungen im System. Im Sommer 2014 war sich hingegen die Regierung einig: Den Morbi-RSA fassen wir nicht mehr an. Es sollte anders kommen.

Und noch eine weitere wichtige Änderung des GKV-FQWG soll hier genannt werden: Es wurde die Gründung des neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) angestoßen. Nach der Aufbauphase im Jahr 2015 führt es seit Januar 2016 die Qualitätssicherung durch.

Inhaltlich weitreichende Bewegung hat die Pflegegesetzgebung in dieser Legislaturperiode erfahren: Die lange erwartete Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verlief erfolgreich. Eine Gesetzgebungsstrilogie gestaltete

die Pflegeversicherung und Leistungsgewährung neu. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I), verkündet am 23. Dezember 2014, wurde die Anhebung der Beitragssätze für die Pflegeversicherung, eine Ausweitung der Pflegeleistungen und ein Aufbau des Pflege-Vorsorgefonds beschlossen. Den Pflegekassen bescherte die Anhebung der Beiträge Mehreinnahmen in Milliardenhöhe, um neue geplante Leistungen zu finanzieren. Doch auch nach den Pflegestärkungsgesetzen wird die Pflegeversicherung weiter reformbedürftig sein, sollen auch in Zukunft die Leistungen angesichts eines konstant steigenden Pflegebedarfs finanzierbar bleiben.

Zur Stärkung der häuslichen Pflege wurden durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, verkündet am 31. Dezember 2014, die Rechte von pflegenden Angehörigen gestärkt. Das Gesetz beinhaltet einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit wie auch Lohnersatzleistungen bei Pflegeauszeit. Weitere Pflegegesetze folgten, doch zunächst weiter in der Chronologie.

Am 22. Juli 2015 wurde das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) verkündet. Ein ganzer Reigen an Änderungen wie Neuregelungen im Selektivvertragsbereich mit dem Ziel einer erleichterten Vertragsschließung, Vorgaben zum Praxisaufkauf in überversorgten Gebieten, mehr Weiterbildungsstellen in der hausärztlichen Versorgung, die

Erlaubnis für Kommunen, medizinische Versorgungszentren zu gründen, und die Terminservicestellen wurden angestoßen. Ebenso wurde eine Angleichung der Vergütung niedergelassener Ärzte beschlossen. Wirkliche Strukturveränderungen unterblieben jedoch. So bleibt in der nächsten Legislaturperiode noch viel zu tun, um Unter-, Über- und Fehlversorgung, Qualitätsdefizite und die Sektorengrenzen zu überwinden.

Letzteres soll bis dahin mit der Einführung des Innovationsfonds angegangen werden. Mit einer Quasi-Neuaufgabe der Anschubfinanzierung – diesmal finanziert aus dem Gesundheitsfonds – sollen innovative Versorgungsprojekte gefördert werden, die in die Regelversorgung Eingang finden müssen. Mit dem Budget ist auch eine Förderung von Forschungsprojekten verbunden. Der Innovationsfonds wird auch heute noch sehr unterschiedlich bewertet. Zum einen ist die Stärkung sektorenübergreifender Versorgung richtigerweise seit langem erklärtes Ziel der Politik wie auch anderer Akteure im Gesundheitswesen. Zum anderen ist die Ausgestaltung über aufwändige Antragsverfahren und begutachtende Gremienstrukturen, die spannenderweise nicht nur durch die gemeinsame Selbstverwaltung besetzt sind, nicht gerade ein Garant für innovative Erfindungen „aus der Garage“. Die Evaluation der Projekte wird zeigen, ob nicht ein Innovationsbudget bei den Kassen regionale Bedarfe und den Wettbewerb um die beste Versorgung besser voranbringen könnten. Dies müsste jedoch ergänzt werden um einen Wettbewerbsrahmen, der Spielraum zum Ausprobieren und ggf. auch Scheitern lässt.

Nur wenige Tage nach dem GKV-VSG wurde gleich ein weiteres, großes Gesetz verkündet: Nach vier Anläufen wurde am 24. Juli 2015 das Präventionsgesetz (PrävG) verabschiedet. Zentral ist in diesem Gesetz zum einen der Wille, durch verpflichtend angehobene Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen die Präventionsmaßnahmen massiv auszuweiten. Zum anderen ist es das Ziel, Kassenwettbewerb in diesem Feld zu reduzieren und trägerübergreifende Prävention zu stärken. Daher wurden die verpflichtenden Präventionsausgaben auf sieben Euro angehoben. Sozialversicherungsträger, Bund, Länder und

Kommunen koordinieren Präventionsmaßnahmen unter dem Mantel der nationalen Präventionsstrategie. Die Gründung von regionalen Koordinierungsstellen für Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden beauftragt und inzwischen erfolgreich an den Start gebracht. Auch verbesserte Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung wurden geschaffen. Die Beauftragung und Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus Versicherungsgeldern muss nach wie vor als Sündenfall bezeichnet werden. Eine dem Bund nachgelagerte Behörde gehört aus Steuergeldern finanziert. Zudem gestaltet sich die Zusammenarbeit nach wie vor nicht einfach. Auch dieser Aspekt gehört auf die Revisionsagenda in der nächsten Legislaturperiode.

Parallel wurden auch die Gesetzgebungen zum Hospiz- und Palliativgesetz (HPG), das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) und das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) diskutiert. Die vier Gesetze schlossen das Jahr 2015 ab (Verkündung HPG am 7. Dezember 2015, KHSG am 10. Dezember 2015, E-Health-Gesetz und PSG II am 28. Dezember 2015).

Ersteres verlief trotz wichtiger und richtiger Änderungen mit wenig Aufregung. Die Hospiz- und Palliativversorgung in der Regelversorgung wurde durch zusätzlich vergütete Leistungen ausgebaut, im stationären Bereich tragen die Krankenkassen nunmehr 95% der zuschussfähigen Leistungen. Die Rolle der Kassen im Versorgungsmanagement wurde durch einen Anspruch auf eine individuelle Hospiz- und Palliativberatung gestärkt.

Die Diskussion um das KHSG rief hingegen Demonstrationen vor dem Brandenburger Tor und Plakataktionen hervor. Meist schien es, als würde der Sommer 2015 politisch heiß werden. Doch zahlreiche Abstriche am Gesetz und mehr Geld führten dann zu einem Burgfrieden. Unmut erregte vor allem das Ziel des Gesetzes, Qualität als Planungskriterium im Krankenhausbereich einzuführen. Die Krankenhäuser fühlten sich düpiert: Eine hohe Qualität sei schließlich ohne Ausnahme bereits Fakt, eine Überprüfung durch den MDK eine Zumutung. Insbesondere an diesem Aspekt wird



**Aufmerksamkeit für den Bundesgesundheitsminister: (v.l.) Georg Baum, Hauptgeschäftsführer Deutsche Krankenhausgesellschaft, Gernot Kiefer, Vorstand GKV-Spitzenverband, Franz Knieps, Vorstand BKK Dachverband, Dietrich von Reyher, Alternierender Vorsitzender des Aufsichtsrats des BKK Dachverbandes.**

schon wieder intensiv gesägt. Vereinbart wurden auch die Einführung von Portalpraxen, Zuschläge für Krankenhäuser der Notfallversorgung, ein Pflegestellen-Förderprogramm und der Pflegefonds sowie ein Strukturfonds zur Optimierung der Versorgungsstrukturen. Die Mengensteuerung wurde ab 2017 von der Landes- auf die Hausebene verlagert. Eine sinnvolle bedarfsgerechte Reorganisation der Krankenhauslandschaft blieb bis heute jedoch aus. Daran ändert, das war zu befürchten, auch der Strukturfonds nichts. Also auch dieses Feld muss im Fokus von Reformen bleiben.

Überfällig und nach jahrelanger Zurückhaltung der Politik wurden mit dem E-Health-Gesetz weitreichende Möglichkeiten im Hinblick auf die Digitalisierung geregelt. Damit wurde die Grundlage für die Einführung digitaler Anwendungen, wie der elektronischen Gesundheitskarte, gelegt. Die Nutzungsmöglichkeiten des Notfalldatensatzes wurden wie auch die Telematikinfrastruktur weiterentwickelt und papierbasierte Prozesse in einigen wenigen Fällen auf neue Grundlagen gestellt. Dies wurde kombiniert mit Sanktionsmechanismen und zusätzlichem Geld für Leistungserbringer, die statt Fax nun elektronisch Patienteninformationen versenden. Nicht nur Digital Natives mutet dies wie die Steinzeit an. Denn die Digitalisierung schreitet in einem

Tempo voran, das droht, die GKV hinter sich zu lassen. Richtigerweise spricht man daher in Parteien und Regierungskreisen von weiteren, notwendigen Gesetzen zur Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen in der nächsten Legislaturperiode. Das gesamte Sozialgesetzbuch ist dann entsprechend anzupassen und moderne Rahmenbedingungen für einen guten Datenschutz, die Datenhoheit beim Versicherten und die Datennutzung zu schaffen.

Das PSG II setzte die Pflegegesetzgebung der 18. Legislaturperiode fort. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und das damit verbundene neue Begutachtungsassessments (NBA) waren Grundlage für die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade. Dass deren Einführung reibungslos verlief, ist dem MDK zu verdanken. Richtig und wichtig war insbesondere, dass die Stellung von demenziell Erkrankten verbessert wurde. Darüber hinaus wurde eine Ausweitung der erstmaligen Leistungsgewährung vollzogen. Zur Finanzierung der Maßnahmen wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht.

Neben dem Antikorruptionsgesetz (Verkündung am 3. Juni 2016) und Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters (TxRegG), verkündet am 11. Oktober 2016, wurde das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und

Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) diskutiert (verkündet am 19. Dezember 2016). Es dient der Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Inhalt ist u. a. die Ausgestaltung der Finanzierung als Budgetsystem, die Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld und die Weiterentwicklung der Institutsambulanzen. Die teils hitzige Debatte um ein Füllhorn an Regelungen würde an dieser Stelle zu weit führen. Hingewiesen sei daher nur noch auf ein Detail, das im Sommer 2016 die Gemüter erregte: Das Gesetz sollte als Vehikel dienen, das Junktim des GKV-FQWG aus Annualisierung der Kosten Verstorbener sowie der Regelungen zum Krankengeld und den Auslandsversicherten aus dem Jahr 2014 (s. o.) wieder aufzulösen. Nach intensiver politischer Auseinandersetzung wurde dies schließlich aufgegeben. Hingegen wurde das Gesetz als Omnibus genutzt, der GKV für das Jahr 2017 Mittel aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 1,5 Mrd. Euro zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds zuzuführen. In Zeiten einer politisch intensiven Diskussion um Zuwanderung und Flüchtlinge bei gleichzeitiger Kostentragung derer Gesundheitsausgaben durch die Kommunen mutete die Begründung besonders unpassend an: Die Gelder sollten der Finanzierung der Mehrkosten durch die Versorgung von Flüchtlingen dienen.

Mit dem dritten und letzten Pflegestärkungsgesetz (PSG III), verkündet am 23. Dezember 2016, wurde die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt. Ziel ist eine bessere Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger. Problematisch ist vor allem die Übertragung der Pflegeberatung an die Kommunen in Modellvorhaben und die Delegation an Dritte zu sehen, haben doch die Pflegekassen bereits erfolgreich Ressourcen für Personal und die Entwicklung von Strukturen aufgebracht. Hinzu kommt die datenschutzrechtliche Dimension bei der Pflegeberatung,

da hier sensible Sozialdaten durch die Kommunen eingesehen werden müssen, um eine individuelle und passgenaue Beratung anbieten zu können.

Als Angriff auf die Subsidiarität wurde und wird in der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG, verkündet am 28. Februar 2017) gesehen. Ausgelöst durch Ungereimtheiten bei der KBV zielt es nun insgesamt auf Bundesebene auf die Erweiterung der Informations- und Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien, auf eine Berichtspflicht des Bundesgesundheitsministeriums an den Gesundheitsausschuss, eine Stärkung staatlicher Aufsicht als externe Kontrolle. Es ist davon auszugehen, dass die zunehmende Ungeduld der Regierung mit dem Konstrukt der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung ein Trend ist, der sich auch in der kommenden Legislaturperiode gesetzgeberisch niederschlagen wird. Schon heute werden z. B. die Legitimation des gemeinsamen Bundesausschusses, die Ausweitung von Stimmrechten der Patientenvertreter in Selbstverwaltungsgremien und die Abkopplung des MDK von den Kassen diskutiert. Modernisieren ohne zu zerstören wird die Herausforderung ab 2018.

Zeitgleich mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften, beschlossen am 6. März 2017, wurde das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG), verkündet am 10. April 2017, diskutiert. Neben umfangreichen fachlichen Änderungen, wie einer grundlegenden Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses oder einer Stärkung der Heilmittelerbringer, enthielt es als Omnibusgesetz viele fachfremde Regelungen. Zentrales Thema hierbei war die in der Öffentlichkeit hitzig diskutierte Kodierbeeinflussung im ambulanten Bereich, die bis heute nachwirkt. So wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Manipulationsresistenz im Morbi-RSA ergriffen und zusätzliche Vergütungen allein für die Diagnosestellung untersagt. Seither sind Betreuungsstrukturverträge mit einem Makel behaftet und es wurden etliche gekündigt – und in neue

Vertragsformen gegossen. Die Aufsichtsbehörden sind gefordert, diese zu kontrollieren. Ambulante Kodierrichtlinien wollte der Gesetzgeber hingegen nicht anfassen. Und so bleibt es bei einer Intransparenz des Geschehens und weiterhin bestehenden Manipulationsmöglichkeiten. Dennoch war dies gesetzgeberisch ein richtiger Schritt, genau so wie die Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirates beim BVA mit einem Gutachten bis Herbst 2017, das die Wirkweise des Morbi-RSA evaluieren und als Grundlage für Reformvorschläge dienen soll.

Der Pharmadialog mündete schließlich im Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG), verkündet am 4. Mai 2017. Nochmals wurden das Preismoratorium verlängert sowie eine Verpflichtung zur Abbildung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über den Zusatznutzen neuer Arzneimittel in den Praxisverwaltungssystemen eingeführt. Als äußerst kritisch zu betrachten ist der Wegfall der Möglichkeit, die Zytostatikversorgung gegenüber den Apotheken auszusprechen. Gleiches gilt auch für die Entziehung der rechtlichen Grundlage der Rabattverträge der Krankenkassen mit pharmazeutischen Herstellern für Impfstoffe.

Am 1. Juni 2017 wurden abschließend im Bundestag das geräuschlos verlaufene Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften sowie das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten beraten.

Das Pflegeberufereformgesetz blieb hingegen bis in die vorletzte Sitzungswoche des Deutschen Bundestags der Wackelkandidat dieser Legislatur. Obwohl die Eckpunkte zur Pflegeberufereform bereits 2015 vorlagen, kommt das parlamentarische Verfahren hierzu erst Ende Juli zu einem Ende. Wesentlicher Gegenstand ist die Einführung einer mindestens zweijährigen generalistischen Pflegeausbildung mit der Möglichkeit einer einjährigen Spezialisierung in den Bereichen Kinder- und Altenpflege. Wie sich die

Auszubildenden entscheiden, soll in einer Evaluation beobachtet werden. Daraus sollen sich weitere Anpassungen ergeben. Um Eingangshürden abzubauen, soll die neue Pflegeausbildung für Auszubildende kostenlos sein.

Im Frühjahr 2017 sah es dann so aus, als würde noch ein Gesetz zum Versandhandelsverbot umgesetzt werden. Dies wurde vor dem Hintergrund diskutiert, dass der EuGH mit seinem Urteil vom 19. Oktober 2016 die deutschen Regelungen zur Preisbindung bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für ausländische Versandapotheken gekippt hat. Sie verstoßen gegen EU-Recht, weil sie eine nicht gerechtfertigte Beschränkung des freien Warenverkehrs in der Europäischen Union darstellen. Doch selbst die gut geölte Kampagnenmaschinerie der Apotheker schaffte es nicht, die sich bereits im Wahlkampf befindlichen Koalitionäre zu einigen. Daher wird dies mit Sicherheit ein Thema der kommenden Legislaturperiode, denn obwohl der Versandhandel nur einen verschwindend geringen Marktanteil am Apothekenumsatz ausmacht, wird mit ihm der Untergang des Apothekerdaseins beschworen.

Als Fazit dieser turbulenten Legislaturperiode bleibt festzuhalten: Es wurde enorm viel getan und auch so manches erreicht. Es wurde jedoch auch viel Geld in die Hand genommen, ohne dass damit die wirklich drängenden und notwendigen Strukturveränderungen vorgenommen wurden. Noch können die reformbedingten und sonstigen Ausgabensteigerungen durch eine hervorragende Konjunktur aufgefangen werden. Solch gute Rahmenbedingungen sollten in der kommenden Legislaturperiode nicht ungenutzt bleiben und für Reformen genutzt werden, die die GKV auf weiterhin zukunftssteife Füße stellen. Welche Reformfelder insbesondere im Fokus stehen sollten, dazu findet der geneigte Leser mehr in der politischen Broschüre des BKK Dachverbandes, in der er die Politik zum ANPACKEN! auffordert (s. [www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de)). ■

BETRIEBSKRANKENKASSEN

# SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

---

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform [www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de) finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



**VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:**

[www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt](http://www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt)

Stefan Lummer

[stefan.lummer@bkk-dv.de](mailto:stefan.lummer@bkk-dv.de)

+49 30 2700 406 303

---