

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 9. Dezember 2016

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Arzneimittelversorgung in der GKV
(GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz -
AMVSG)

BT-Drucksache 18/10208

I. Vorbemerkung

Der BKK Dachverband begrüßt die Zielsetzung des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG), die Versorgung mit Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu stärken und gleichzeitig zu deren finanzieller Stabilität beizutragen.

Vor diesem Hintergrund befürworten die Betriebskrankenkassen insbesondere

- die vorgesehenen Regelungen, nach der der Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zeitnah in den **Praxisverwaltungssystemen** abgebildet werden soll,
- die beabsichtigte Verlängerung des **Preismoratoriums** sowie
- die **Schiedsstellenfähigkeit der Hilfstaxe** und die **Stärkung des Auskunftsanspruchs** im Hinblick auf den tatsächlichen Einkaufspreis der herstellenden Apotheken.

Ausdrücklich begrüßt der BKK Dachverband auch die Absicht, die im Versorgungsalltag zunehmenden Antibiotikaresistenzen durch einen zielgerichteten Einsatz von Antibiotika zu senken. In diesem Zusammenhang schlagen wir im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens eine Prüfung vor, ob dieses Ziel mittels Richtlinien zur Antibiotikaverschreibung sowie dem Einsatz von Schnelltests (Antibiogrammen) unterstützt werden kann.

Die Abkehr von der öffentlichen Listung des Erstattungsbetrages, die Regelung zum Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel ohne oder mit unvollständigem Dossier, die Höhe und der Ausgleichmechanismus der beabsichtigten Umsatzschwelle, die neugefasste Regelung zur frühen Nutzenbewertung von bekannten Wirkstoffen sowie die Abschaffung der Zytostatikaausreibungen werden von den Betriebskrankenkassen hingegen abgelehnt:

- Nach Auffassung des BKK Dachverbandes muss der **Erstattungsbetrag** allen Institutionen zur Verfügung stehen, die ihn für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Unbedingt einzubinden sind die Ärzte, der G-BA, die Krankenkassen und deren Verbände, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Apotheken, die Re-Importeure, die Private Krankenversicherung, die Selbstzahler und das Bundesversicherungsamt (BVA).
- Arzneimittel, für die gar kein oder ein **unvollständiges Dossier** vorgelegt wird, sollten im Hinblick auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit vom G-BA von der Verordnungsmöglichkeit ausgeschlossen werden können.
- Die Höhe der **Umsatzschwelle** und die vorgesehene Ausgleichsregelung sind nicht geeignet, um die Ausgaben für Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung nachhaltig zu begrenzen.
- Eine frühe Nutzenbewertung sollte auch für **bereits bekannte Wirkstoffe** möglich sein, die für ein neues Anwendungsgebiet zugelassen wurden, das einen von der ursprüngli-

chen Zulassung deutlich abweichenden Therapiebereich eröffnet. Das Abstellen auf einen neuen Unterlagenschutz stellt im Sinne einer hochwertigen Patientenversorgung eine zu starke Einschränkung dar.

- Den Wegfall der Möglichkeit, die **Zytostatikaversorgung** gegenüber den Apotheken auszuschreiben, lehnt der BKK Dachverband entschieden ab. Hier wird mit dem Mittel der Angstmache versucht, finanzielle Interessen durchzusetzen.

Diese Stellungnahme enthält darüber hinaus auch ergänzende Änderungsvorschläge. So regt der BKK Dachverband an, die Versorgung mit Blutzuckerteststreifen künftig dem Bereich der Hilfsmittel (§ 33 SGB V) zu unterstellen. Zudem soll der Erstattungsbetrag rückwirkend ab dem ersten Tag der Markteinführung gelten.

Daneben weisen die Betriebskrankenkassen auf weitere Schritte hin, die noch in dieser Legislaturperiode vorzunehmen sind, um Verwerfungen beim Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu beseitigen und darüber hinaus die Datenlage sowie Transparenz für die notwendige Weiterentwicklung des Ausgleichsverfahrens zu verbessern. Im Folgenden werden die genannten Punkte im Detail kommentiert.

II. Detailkommentierung

Verordnungseinschränkung durch den G-BA

§35a Absatz 3 Sätze 5 bis 7 SGB V (neu)

Der G-BA soll per Beschluss eine Verordnungseinschränkung für Arzneimittel beschließen können, sofern ein Zusatznutzen nicht belegt ist und die Verordnungseinschränkung zur Sicherstellung der Versorgung von einzelnen Patientengruppen erforderlich ist. Die Pharmazeutischen Unternehmer sollen ein Antragsrecht für eine solche Verordnungseinschränkung erhalten. Der BKK Dachverband regt an, dieses Antragsrecht vor dem Hintergrund einer qualitativ möglichst hochwertigen Versorgung auch für die Krankenkassen vorzusehen. Wenn der G-BA dem Antrag zustimmt, könnten dann diejenigen Patientengruppen das Präparat erhalten, die besonders von ihm profitieren, unter Umständen auch zu einem höheren Preis.

Abbildung der Beschlüsse des G-BA über den Zusatznutzen in den Praxisverwaltungssystemen

§ 35a Absatz 3a SGB V (neu) i. V. m. § 73 Absatz 9 Punkt 5. SGB V (neu)

Der Nutzenbewertungsbeschluss des G-BA ist ein wesentlicher Faktor zur Bewertung des Stellenwerts eines neuen Arzneimittels in der Versorgung und hinsichtlich seiner Wirtschaftlich-

keit. Mittels der Arztsoftware sollen die wesentlichen Inhalte der Beschlüsse transportiert werden, um für mehr Transparenz im Versorgungsalltag zu sorgen. Hierfür soll eine Rechtsverordnung weitere Inhalte regeln. Der BKK Dachverband begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit in dieser Rechtsverordnung insbesondere auch Vorgaben zu Hinweisen zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten machen soll. Wichtig ist, dass dem Arzt ergänzend auch der Stellenwert und die Wirtschaftlichkeit eines neuen Wirkstoffs in seinem gesamten Therapiegebiet zur Verfügung gestellt werden.

Um die Versorgungsqualität zu verbessern, ist es nach Auffassung des BKK Dachverbandes auch bedeutsam, dass alle einzeln bewerteten Patientengruppen für den Arzt transparent abgebildet werden. Diese fallen in der Nutzenbewertung des G-BA häufig unterschiedlich aus. Insofern ist die Zugehörigkeit des Patienten zu einer Gruppe von entscheidender Bedeutung.

Ergänzend könnte somit eine Qualitätsverbesserung erreicht werden, wenn der Arzt die entsprechende Patientengruppe durch eine zu übermittelnde Klassifizierung kodiert. Denn gegenwärtig sehen die beteiligten Akteure bei der Verordnung von neuen AMNOG-Arzneimitteln eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Über- bzw. Unterversorgung. Die empirischen Daten für eine Aussage über die Versorgungsqualität fehlen jedoch in den meisten Fällen. Mit einer Kodierung der Gruppenzugehörigkeit bei jeder individuellen Arzneimittel-Verordnung kann der verordnende Arzt dieses Dilemma auflösen. Als Grundlage dafür müsste der G-BA eine Kodierungsliste erstellen, die eine Zuordnung zu den verschiedenen Patientengruppen ermöglicht. Der große Vorteil dieses Ansatzes liegt damit darin, dass so die Qualität einer Arzneimittel-Verordnung überhaupt erst bewertet werden kann. Erst wenn der Ist-Zustand bekannt ist, können bei Bedarf Maßnahmen entwickelt werden, um die Behandlung der betroffenen Patienten im deutschen Versorgungskontext zu verbessern. Patienten, die von einer Verordnung eines AMNOG-Arzneimittels profitieren, sollen das AMNOG-Arzneimittel auch verordnet bekommen. Patienten, die von einer Arzneimittel-Innovation keinen zusätzlichen Nutzen zu erwarten haben, sollten die besser bekannte Therapiealternative erhalten.

Frühe Nutzenbewertung für bekannte Wirkstoffe mit neuem Anwendungsgebiet

§ 35a Absatz 6 SGB V (neu)

Im Referentenentwurf des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes war vorgesehen, dass bereits bekannte Wirkstoffe mit einem Anwendungsgebiet, das sich wesentlich von dem bisherigen Anwendungsgebiet unterscheidet und einen von der ursprünglichen Zulassung deutlich abweichenden Therapiebereich eröffnet, einer regulären AMNOG-Bewertung unterliegen sollten. Der BKK Dachverband hat dies als Schließung einer Regelungslücke im AMNOG-Verfahren ausdrücklich begrüßt: Die Arzneimittel erhalten damit einen Erstattungsbetrag, durch den eine wirtschaftliche Versorgung ermöglicht wird. Darüber hinaus wird der therapeu-

tische Wert im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet, was wiederum zu einer hochwertigen Versorgung der Patienten beiträgt.

Im Gesetzentwurf wird bei der Neubewertung von Arzneimitteln, deren Wirkstoff bekannt ist, nun auf einen neuen Unterlagenschutz abgestellt. Damit dürfte der Kreis der Arzneimittel, die unter die Änderung fallen, nur noch sehr klein sein. Die dargestellten Vorteile wären entsprechend geringer bzw. kämen einer geringeren Zahl von Patienten zugute. Das Arzneimittel, das wohl Anstoß für die nun diskutierte Änderung war, hatte im Übrigen keinen neuen Unterlagenschutz erhalten, obwohl sich das Anwendungsgebiet wesentlich geändert hatte. Insofern war eine Neubewertung durch den G-BA nicht möglich.

Abschaffung der Zytostatikaausschreibungen

Streichung des § 129 Absatz 5 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 31 Absatz 1 (laufende Verträge) und § 130a Absatz 8a (kassenartenübergreifende Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern) sowie 129 Absatz 1 SGB V (Austauschverpflichtung der Apotheker)

Die Option, die Zytostatikaversorgung gegenüber den Apotheken auszuschreiben, soll entfallen. Statt der Ausschreibungen sollen künftig die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam Rabatte mit den Wirkstoffherstellern vereinbaren können. Damit möchte der Gesetzgeber dem Argument der Apotheker und Ärzte, dass die Ausschreibungen eine Konzentration der Anbieterstrukturen beförderten und letztlich die Versorgungsqualität verschlechterten, entgegen treten.

Den Wegfall der Möglichkeit, die Zytostatikaversorgung auszuschreiben, lehnt der BKK Dachverband entschieden ab. Hier wird mit dem Mittel der Angstmache versucht, finanzielle Interessen durchzusetzen.

Die Versorgung von Patienten ist mit der bisherigen Ausschreibungspraxis nicht in Gefahr: Die Betriebskrankenkassen zeigen mit ihren aktuell laufenden Ausschreibungen, dass eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig günstige und wirtschaftliche Versorgung Hand in Hand gehen. In den Ausschreibungen werden, egal, ob sie als Exklusiv- oder Mehrpartnermodell gestaltet sind, hohe Qualitätsstandards vorgegeben. Darüber hinaus wird eine kurzfristige Notfallversorgung der Versicherten gewährleistet. Aus Sicht des BKK Dachverbandes bieten Ausschreibungen damit die Chance, die Qualität zu verbessern und die hochwertige Versorgung zu sichern. Entsprechend sollte nach Auffassung des BKK Dachverbandes an dieser Option festgehalten werden. Ohne Ausschreibungen wurden zum Beispiel von der Herstellung bis zur Arztpraxis häufig Wege über 100 Kilometer zurückgelegt. Die Ausschreibungen dagegen definieren auch bei den Lieferwegen und Lieferzeiten hohe Qualitätsstandards, die deutlich weniger weite Wege vorsehen und damit die unmittelbare Versorgung sicherstellen.

Mit der Änderung wird für parenterale Zubereitungen, die ausgeschrieben und vergeben wurden, zudem wieder das freie Apothekenwahlrecht eingeführt. Dadurch werden die bereits erfolgten und vergebenen Ausschreibungen faktisch abgeschafft. Bereits eingeplante Wirtschaftlichkeitsreserven können somit nicht mehr realisiert werden. Diesen Eingriff in bestehende Verträge lehnt der BKK Dachverband ebenfalls entschieden ab. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass das freie Apothekenwahlrecht für die Patienten faktisch nicht bestand, sondern dass die onkologischen Praxen individuell herzustellende Arzneimittel bei einer Apotheke ihrer Wahl bestellt haben.

Sollte der Gesetzgeber daran festhalten wollen, die Ausschreibungen gegenüber den Apotheken abzuschaffen, sollten die Rabattvereinbarungen gegenüber den pharmazeutischen Unternehmen sowohl für die Krankenkassen als auch für die Apotheken ohne großen zusätzlichen Aufwand ausgestaltet werden. Zudem sollte sich die Regelung auf alle parenterale Zubereitungen, nicht nur auf die Onkologie, beziehen, da die Diagnose der Krankenkassen in der Ausschreibung und der Apotheke bei der Abrechnung nicht bekannt ist.

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die Intention, den wachsenden Verwürfen wirksam zu begegnen. Ob dieses allerdings mit der nun im Gesetzentwurf vorgesehenen einheitlichen und gemeinsamen Vereinbarung von Rabatten gelingen kann, ist fraglich. Es bliebe zu prüfen, ob eine exklusive Vergabe an einen einzigen Hersteller in einer Landesregion zulässig ist. Bei Mehrfachvergaben bestünde wiederum die Gefahr der Verwürfe.

Zu bedenken ist auch, dass Ausschreibungen gegenüber den Wirkstoffherstellern überwiegend nur im wettbewerblichen Bereich der generischen Zytostatika Wirksamkeit entfalten werden. Exklusivanbieter werden nur in wenigen Ausnahmefällen Rabatte anbieten, nämlich dann, wenn der Patentschutz ausläuft. Diese Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich nur in den Ausschreibungen in den Apotheken realisieren.

Der BKK Dachverband regt darüber hinaus an, die Hersteller von Zytostatika zu verpflichten, therapiegerechte Packungsgrößen in den Markt zu bringen, um die erheblichen Verwürfe in dem Sektor weiter einzudämmen. Ein Beispiel für eine Überfüllung ist das Arzneimittel Velcade®. Im Schnitt werden 2,4 mg pro Patient verwendet. Im Markt ist jedoch nur eine Packung mit 3,5 mg, was zu regelhaften Verwürfen zu Lasten der Versichertengemeinschaft führt. Der BKK Dachverband regt zudem an zu prüfen, ob die aktuellen Qualitätsanforderungen und Prüfungen der Zytostatika herstellenden Apotheke angesichts des bekannt gewordenen Falls im Sinne der Patientensicherheit ausreichend sind.

Schiedsstellenfähigkeit der Hilfstaxe und Stärkung des Auskunftsanspruchs

§ 129 Absatz 5c Satz 1 i.V.m. Absatz 5c Satz 6ff SGB V

Ebenfalls mit dem Gesetzentwurf geregelt wird die Schiedsstellenfähigkeit der Hilfstaxe für parenterale Zubereitungen in der Onkologie. Damit einher geht eine Stärkung des Auskunftsanspruchs der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes im Hinblick auf den tatsächlichen Einkaufspreis der zytostatikaherstellenden Apotheke.

Die genannten Änderungen gehen auf Forderungen der GKV zurück und werden von den Betriebskrankenkassen befürwortet. Damit wird die Transparenz über die tatsächlich gezahlten Preise erhöht. Die Versicherten können von den derzeit bestehenden hohen Wirtschaftlichkeitspotentialen zumindest teilweise profitieren. Allerdings sollte die Hilfstaxe für alle parenteralen Lösungen schiedsstellenfähig sein und sich auch der Auskunftsanspruch auf alle parenteralen Lösungen und nicht nur auf Arzneimittel der Onkologie beschränken. Nach Auffassung des BKK Dachverbandes ist der Auskunftsanspruch zudem so zu stärken, dass diese Informationen tatsächlich offen gelegt werden. Ggf. ist über eine Sanktion bei nicht erfolgter Auskunft durch die Apotheke nachzudenken.

Verlängerung des Preismoratoriums

§ 130a Absatz 3a SGB V

Mit der Änderung im § 130a Abs. 3a SGB V wird das Preismoratorium, abzüglich eines Inflationsausgleichs, bis in das Jahr 2022 verlängert. Der BKK Dachverband begrüßt den Beitrag der Pharmazeutische Industrie zur Dämpfung steigender Ausgaben im Arzneimittelbereich. Ohne das Preismoratorium würde es zu geschätzten Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in einer für die Höhe der Zusatzbeitragsätze relevanten Größenordnung kommen. Entscheidend ist nicht der direkte Rabatt, sondern die Preisstabilität. Bei Wegfall des Preismoratoriums wäre mit erheblichen Preisnachholeffekten zu rechnen.

Verzicht auf die öffentliche Listung des Erstattungsbetrages

§ 130b Absatz 1b SGB V (neu)

Nach der Neuregelung darf der vereinbarte Erstattungsbetrag nicht öffentlich gelistet werden. Er darf nur solchen Institutionen mitgeteilt werden, die ihn zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Das Bundesministerium für Gesundheit soll das Nähere durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie regeln.

Die Abkehr von der öffentlichen Darstellung der Erstattungsbeträge wird vom BKK Dachverband abgelehnt. Derzeit sind die Abgabepreise für Arzneimittel in Deutschland für alle Akteure öffentlich zugänglich. Dieses hohe Maß an Transparenz gilt es zu schützen.

Sollte man dennoch an der Änderung festhalten wollen, ist es wichtig, dass ALLEN Akteuren der Erstattungsbetrag zugänglich ist, die diesen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben benötigen.

Hierzu gehören im Wesentlichen:

1. **Ärzte:** Ärzte müssen den korrekten Preis kennen, um die Wirtschaftlichkeit einer individuellen Arzneimittelverordnung im Vergleich mit anderen Therapiealternativen bewerten zu können. Daher müssen Ärzten verlässliche und objektive Informationen in ihren Praxen zur Verfügung stehen, die eine sichere, zielgerichtete aber auch wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln ermöglichen. Die Angabe des korrekten Preises ist ein Bestandteil dieses Transparenzkonzeptes. Nur so kann der Arzt seiner medizinischen und auch wirtschaftlichen Verantwortung gegenüber seinem Patienten und der Solidargemeinschaft gerecht werden.
2. **Gemeinsamer Bundesausschuss:** Des Weiteren benötigen die Mitglieder des G-BA die korrekten Preisangaben, um die Wirtschaftlichkeit einzelner Therapien miteinander vergleichen zu können. Wird ein bereits bewertetes AMNOG-Arzneimittel für ein späteres AMNOG-Verfahren als zweckmäßige Vergleichstherapie herangezogen, so muss gewährleistet sein, dass der G-BA hier einen fairen Kostenvergleich anstellen kann. Das ist ihm nur möglich, wenn er über korrekte Preisangaben verfügen kann.
3. **Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen:** Auch die Krankenkassen, deren Verbände und Kassenärztlichen Vereinigungen greifen im Rahmen ihrer Informationspflichten, z. B. gegenüber den Versicherten und den Vertragsärzten, auf Preisinformationen zurück. Nur wenn ihnen korrekte Angaben zur Verfügung stehen, können sie ihren gesetzlichen Aufgaben nachkommen.
4. **Apotheken:** Zusätzlich benötigt der abgebende Apotheker die richtige Preisinformation, um einen ebenfalls korrekten Apothekenabgabepreises zu ermitteln. Denn die Handelszuschläge der verschiedenen Handelsstufen beziehen sich auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers. Ist der Preis falsch zu hoch angegeben, entstehen den Krankenkassen hier Mehrausgaben. Darüber hinaus würde ohne Preistransparenz für Apotheken eine dauerhafte, nachträgliche Rückabwicklung der Erstattungsbeträge durch die Krankenkassen erforderlich. Damit könnten die Kassen nicht sofort von den günstigeren Erstattungsbeträgen profitieren, sondern erst mit langem zeitlichem Verzug.
5. **Re-Importeure:** Die Preistransparenz ist ebenfalls für Re-Importeure von hoher Bedeutung, da für sie der Erstattungsbetrag des Originalherstellers gleichermaßen angewendet wird. Er muss kalkulieren können, ob ein Import wirtschaftlich zu erbringen ist.
6. **Private Krankenversicherung und Selbstzahler:** Nur durch die korrekte Preisangabe kann sichergestellt werden, dass auch Privatpatienten und Selbstzahler einen angemessenen

Preis für ein neues Arzneimittel bezahlen. Denn der angemessene Erstattungsbetrag gilt neben Patienten aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch für alle anderen Patienten in Deutschland.

7. Bundesversicherungsamt (BVA): Nur auf Basis des effektiven Netto-Preises eines Arzneimittels kann das BVA im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sachgerechte Durchschnittskosten für die Behandlung einer Krankheit ermitteln.

Flexibilisierung bei den Verhandlungen des Erstattungsbetrags

§ 130b Absatz 3 Satz 5 SGB V (neu)

Die bisherige Regelung sieht vor, dass für Arzneimittel, für die ein Zusatznutzen nach § 35a SGB V nicht belegt ist und die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden können, ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren ist, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Sind mehrere zweckmäßige Vergleichstherapien bestimmt, darf der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen als die wirtschaftlichste Alternative. Durch die vorgesehene Änderung soll daran im Grundsatz zwar festgehalten werden, im „begründeten Einzelfall“ aber abgewichen werden können.

Die Betriebskrankenkassen lehnen diese Aufweichung des AMNOG-Grundsatzes, dass einen höheren Preis nur verlangen kann, wer auch einen Zusatznutzen bieten kann, ab. Patienten sollte mit dem AMNOG ein schneller Zugang zu innovativen Arzneimitteln gewährt werden, gleichzeitig wollte man aber auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht aus den Augen verlieren. Zudem ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl pharmazeutischer Unternehmer für sich und ihr Produkt reklamieren werden, ein „begründeter Einzelfall“ zu sein, zumal Gesetzestext und Begründung den „begründeten Einzelfall“ auch nicht näher konkretisieren. Das in der Gesetzesbegründung aufgeführte Beispiel führt in diesem Sinne nicht weiter. Damit sind letztlich kontroversere Erstattungsbetragsverhandlungen und eine wachsende Zahl von Schiedsstellenentscheidungen zu befürchten.

Erstattungsbetrag für Arzneimittel ohne oder ohne vollständiges Dossier

§ 130b Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V (neu)

Mit der Neuregelung sollen Arzneimittel, für die gar kein oder ein unvollständiges Dossier eingereicht wird, einen Erstattungsbetrag erhalten, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie.

Dieses lehnt der BKK Dachverband ab.

Im Verfahren der frühen Nutzenbewertung kann sich ein Arzneimittelhersteller durch die Nichtvorlage bzw. unvollständige Vorlage eines Dossiers besser stellen, als wenn er vollständi-

ge Unterlagen zur Verfügung stellt. Diese Strategie führt in den Fällen zum Erfolg, wenn der Hersteller annimmt, dass sein Produkt einen geringeren Nutzen hat, als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Diese Umgehungsstrategie gilt es aber nicht nur vor dem Hintergrund einer ungerechtfertigten finanziellen Besserstellung des Herstellers, sondern auch im Sinne der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit zu schließen. Ohne valide Daten kann eine Nutzenbewertung nicht angemessen durchgeführt werden. Arzt und Patient entgehen damit wertvolle Informationen zu dem Arzneimittel. Daher sollen Arzneimittel, für die gar kein oder ein unvollständiges Dossier vorgelegt wird, nicht nur einen geringeren Erstattungsbetrag erhalten, sondern vom G-BA von der Verordnungsmöglichkeit ausgeschlossen werden können.

Änderungsvorschlag:

In § 130b Absatz 3 SGB V wird der folgende Satz angefügt:

„Für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Verordnungseinschränkung nach § 92 Absatz 1 Satz 1. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere in seiner Verfahrensordnung.“

Umsatzschwelle im ersten Jahr nach Markteinführung

§ 130b Absatz 3b SGB V (neu)

Mit Einführung des neuen Absatz 3b im § 130b soll verhindert werden, dass einzelne Arzneimittel innerhalb des ersten Jahres bis zur Vereinbarung des Erstattungsbetrags die Solidargemeinschaft über Gebühr belasten. Der Ansatz wird vom BKK Dachverband dem Grundsatz nach begrüßt. Die Höhe der Umsatzschwelle mit 250 Mio. Euro und die Ausgleichsregelung bei Überschreitung dieses Schwellenwertes sind jedoch nicht ausreichend. Der Erstattungsbetrag soll erst in dem Monat *nach* Überschreiten des Schwellenwertes wirksam werden und nicht rückwirkend zum 1. Tag. Eine signifikante Begrenzung der Ausgaben im ersten Jahr nach Markteinführung wird so nicht erreicht.

Die Grenze von 250 Mio. Euro wurde bislang lediglich von drei Arzneimitteln überschritten. Bei einer Rückwirkung der Erstattungsbeträge für den Monat nach Überschreitung des Schwellenwerts wären nach Kalkulationen des BKK Dachverbands in diesen drei Fällen Ersparnisse von ca. 95 Mio. Euro für die GKV möglich gewesen. Angesichts von Arzneimittelgesamtausgaben in Höhe von 34,8 Mrd. Euro in 2015 ist dieser Betrag eher marginal.

Daher fordert der BKK Dachverband eine Rückwirkung des Erstattungsbetrags ab dem ersten Tag des Marktzugangs: Aktuell gilt in Deutschland der Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel erst ab dem 13. Monat nach Markteintritt. Damit bleibt dem pharmazeutischen Unternehmer

ein ganzes Jahr, in dem er sein Produkt mit einem frei gewählten Abgabepreis vermarktet. Die aktuellen Entwicklungen zeigen, dass die Preise neu eingeführter Arzneimittel immer weiter steigen. Um diese ungewollte Lücke des AMNOGs zu schließen, muss der Erstattungsbetrag ab dem ersten Tag gelten.

Änderungsvorschlag:

In § 130b Absatz 3a Satz 2, 3, 5 und Absatz 4 Satz 3 SGB V werden die Worte „ab dem 13. Monat“ durch die Worte „ab dem 1. Monat“ ersetzt.

Sollte der Gesetzgeber jedoch an seinem bisherigen Ansatz und damit an einem Schwellenwert festhalten wollen, muss der Schwellenwert auf 50 Mio. Euro abgesenkt werden.

Anpassungen des Apothekenhonorars

Artikel 5 (Änderung der Arzneimittelpreisverordnung)

Die Änderungen in § 5 Abs. 1 und 3 und § 7 der Arzneimittelpreisverordnung sehen Anpassungen hinsichtlich des Apothekenhonorars vor. Zum einen soll bei Standardrezepturen der Festzuschlag für Fertigarzneimittel angewendet und der Rezepturzuschlag angehoben werden. Zusätzlich soll eine Erhöhung der Betäubungsmittelgebühren erfolgen.

Vor dem Hintergrund des Forschungsvorhabens des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) zur Neukonzeption des Apothekenhonorars sieht der BKK Dachverband eine vorzeitige Anpassung sehr kritisch. Das BMWi möchte bis Herbst 2017 mit dem Forschungsvorhaben die Erforderlichkeit und das Ausmaß von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise ermitteln. Dieses gilt es zunächst abzuwarten, bevor weitere Eingriffe in die Apothekenhonorierung erfolgen.

Sollte an einer vorzeitigen Anpassung des Apothekenhonorars dennoch festgehalten werden, käme für den BKK Dachverband allenfalls eine moderate Anhebung der Betäubungsmittelhonorierung in Betracht.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Überführung der Bluttteststreifen aus § 31 Absatz 1 SGB V nach § 33 Absatz 1 SGB V (Hilfsmittel)

Nach § 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V haben Versicherten neben den apothekenpflichtigen Arzneimitteln auch Anspruch auf die Versorgung mit Bluttteststreifen. Die Bluttteststreifen sind damit dem Regelungsregime der Arzneimittelversorgung als sog. Geltungsarzneimittel zugeordnet, ohne selbst Arzneimittel zu sein. Die Bluttteststreifen sind damit auch Gegenstand der zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Landesapothekerverbänden geschlossenen Arzneimittelieferverträge nach § 129 Absatz 5 SGB V. Die Abrechnung erfolgt entsprechend der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V.

Die Bluttteststreifen sind jedoch den Arzneimitteln insofern nicht gleichzustellen, als sie stets als Verbrauchsartikel in Verbindung mit einem Blutzuckermessgerät oder einem Blutgerinungsmessgerät verwendet werden, die als Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnisses (Produktgruppe 21: Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen) sind, hinsichtlich der Verträge den Regelungen des § 127 SGB V unterfallen und nach § 302 SGB V abgerechnet werden.

Das Marktgeschehen stellt sich bei diesen Geräten häufig dergestalt dar, dass eine bestimmte Sorte Teststreifen nur in Verbindung mit einem bestimmten Gerät verwendet werden kann. Gerät und Teststreifen stellen damit in der Regel eine nicht trennbare Einheit dar. Da die Versorgung mit Teststreifen auf Dauer angelegt ist, liegt der Ausgabenschwerpunkt bei den Teststreifen, weniger bei den Geräten. Dies führt in der GKV zu jährlichen Ausgaben allein für Blutzuckerteststreifen von ungefähr 860 Mio. €.

Eine effektive Kostenbegrenzung ist bei den Teststreifen aufgrund der Zuordnung zu den Arzneimitteln kaum möglich. Festbeträge scheiden aus, da Teststreifen nicht der Apothekenpflicht und nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen. Die Verortung der Teststreifen in Hilfsmittelverträgen nach § 127 Absatz 2 SGB V ist nicht möglich. Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 SGB V scheiden damit ebenfalls aus. Eine analoge Anwendung von § 130a Absatz 8 SGB V greift nicht durch, da eine Substitution nach § 129 Absatz 1 Satz 3 SGB V nicht möglich ist. Ungeachtet dessen würden exklusive Vergaben von Verträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V oder § 130a Absatz 8 SGB V an den geltenden Arzneimittelieferverträgen scheitern.

Änderungsvorschlag:

Aus § 31 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 2 SGB V werden die Wörter „und Bluttteststreifen“ gestrichen.

§ 33 Absatz 1 Satz 1 wird am Ende wie folgt ergänzt: „und auf Versorgung mit Bluttteststreifen.“

IV. Weiterer Änderungsbedarf im Morbi-RSA

1. Herstellen von Wissen und Transparenz bezüglich des RSA-Zuweisungssystems

a) Analyse des Sachstandes und Änderungsbedarfes bezüglich der Wettbewerbswirkungen des Morbi-RSA – Ergebnisse müssen im Jahr 2017 vorliegen

Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist ein wichtiges Instrument einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Zielsetzung seiner Einführung im Jahr 2009 war es, die Zielgenauigkeit des Risikoausgleiches zu verbessern und die Grundlage für einen chancengleichen Wettbewerb zu legen. Derzeit ist jedoch vielmehr eine wachsende Chancenungleichheit im Wettbewerb der Krankenkassen zu beobachten. Die Deckungsquoten der Leistungsausgaben gehen nach Kassenarten, insbesondere seit dem Jahr 2013, zunehmend auseinander. Die Schiefelage setzt sich in einer zunehmenden Spreizung bei den Zusatzbeiträgen fort.

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ist jetzt dringend eine objektive Analyse des Status Quo und der notwendigen Reformmaßnahmen im Kassenwettbewerb, also mit Blick sowohl auf die Kassen aber auch die Kassenartenebene, erforderlich.

Die Analyse muss die folgenden Bedingungen erfüllen:

- Die Ergebnisse müssen im Jahr 2017 vorliegen, um eine Grundlage für die nach den Bundestagswahlen 2017 notwendigen Gesetzesänderungen zu schaffen. Ggf. müssen sich die begutachtenden Wissenschaftler auf die bereits lange identifizierten Schwachstellen im Morbi-RSA (etwa das Fehlen eines Hochrisikopools, die Manipulationsanfälligkeit des Systems, die Krankheitsauswahl) inklusive ihrer Wechselbeziehungen konzentrieren.
- Der Fokus der Analyse muss auf den Wettbewerbswirkungen liegen und sollte daher insbesondere ordnungspolitischer Art sein. Entsprechend sollte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ggf. unter Hinzuziehung weiterer Wissenschaftler, mit einem Sondergutachten beauftragen. Die vom Bundesversicherungsamt (BVA) bereits vorgenommenen Analysen zum Status Quo und den diversen Gutachten sind dem Wissenschaftlerteam zur Verfügung zu stellen. Grundsätzlich bedarf es keiner gesonderten Verankerung eines Gutachtauftrages im Gesetz, da das BMG hierzu bereits ermächtigt ist. Um sicher zu stellen, dass im Jahr 2017 die notwendigen Erkenntnisse vorliegen, sollte dieser Auftrag gesetzlich verankert werden.
- Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates aus dem Jahr 2011 und die Diskussion über die Weiterentwicklung des RSA fokussiert auf die Frage, wie anhand der gängigen statistischen Gütemaße die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA einzuschätzen ist bzw. ver-

bessert werden könnte. Nach Auffassung des Betriebskrankenkassen muss der Morbi-RSA in einer Analyse des Status Quo und bezüglich möglicher Reformoptionen aber insbesondere im Hinblick auf qualitative/ordnungspolitische Kriterien bewertet werden, somit nach

- der Manipulationsresistenz;
- der Managementfähigkeit/Beeinflussbarkeit von Leistungsausgaben durch Kassen;
- der Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität;
- der Praktikabilität und Verwaltungseffizienz;
- der Transparenz und Akzeptanz;
- der Versorgungsneutralität und der
- Wahrung von Präventionsanreizen.

b) Regelmäßig Evaluation des Morbi-RSA sowie Analyse von RSA-Wirkungen auf den Kassenwettbewerb im Gesetz verankern

Wie bei vielen anderen Regelungen in der GKV bereits üblich, ist auch der Morbi-RSA sowie seine Wirkungen auf den Kassenwettbewerb regelmäßig zu evaluieren/zu analysieren. Dies ist im Gesetz zu verankern. Die Ergebnisse sind der Politik, der Wissenschaft und den Kassen zur Verfügung zu stellen, um dem lernenden System Morbi-RSA Impulse und die Richtung zur Weiterentwicklung dieses wichtigen Solidarmechanismus in der GKV geben zu können.

c) GKV-Stichproben ziehen und den Kassen und der Wissenschaft zur Verfügung stellen

Damit von Fachexperten und Wissenschaftlern sinnvoll Modellberechnungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durchgeführt werden können, ist kontinuierlich aus den Daten der GKV-Versicherten durch das BVA eine Stichprobe zu ziehen. Diese muss in geeigneter Form sowohl den Kassen als auch der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden. Hierbei sind bereits erhobene und ggf. weitere Strukturdaten für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA einzubeziehen.

Alle bisherigen Vorschläge zur Verbreiterung des Wissens und zur Verbesserung der Transparenz könnten umgesetzt werden, indem der veraltete § 268 Abs. 3 SGB V entsprechend ersetzt und wie folgt gefasst würde:

Änderungsvorschlag:

§ 268 Absatz 3 SGB V (neu):

Der Risikostrukturausgleich ist hinsichtlich seiner Wirkungen regelmäßig zu überprüfen. Folgende Maßnahmen stellen dies sicher:

1. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten in Auftrag mit dem Ziel, bis zum 30. September 2017 Aussagen über den Sachstand bezüglich der Wettbewerbswirkungen des Morbi-RSA für die Kassen und Kassenarten als Haftungsverbund sowie Vorschläge für etwaigen Änderungsbedarf zu erhalten. Zur Erfüllung des Gutachtenauftrags ist dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesversicherungsamt Einsicht in die diesem nach § 268 Absatz 3 Satz 7 übermittelten pseudonymisierten versichertenbezogenen Daten zu geben. Der Sachverständigenrat kann weiteren, wissenschaftlichen Sachverstand hinzuziehen. Der Fokus des Sondergutachtens ist insbesondere auf die Wettbewerbswirkung des Morbi-RSA im Hinblick auf die Chancengleichheit der Kassen zu richten, so dass neben quantitativen vor allem ordnungspolitische Analysen vorzunehmen sind. Kriterien zur Beurteilung des Status quo sowie des Handlungsbedarfes sind vor allem
 - Manipulationsresistenz
 - Managementfähigkeit/Beeinflussbarkeit von Leistungsausgaben durch Kassen
 - Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität
 - Praktikabilität und Verwaltungseffizienz
 - Transparenz und Akzeptanz
 - Versorgungsneutralität sowie
 - Wahrung von Präventionsanreizen.
2. Die Wirkungen des Morbi-RSA auf den Kassenwettbewerb sind vom Bundesversicherungsamt regelmäßig im zwei-Jahres-Rhythmus zu evaluieren. Die Ergebnisse aus allen vom BMG beauftragten Gutachten zur Weiterentwicklung des RSA sind dem gesundheitspolitischen Ausschuss beim Deutschen Bundestag vorzulegen. Sie sind außerdem den Kassen sowie der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.
3. Das Bundesversicherungsamt stellt den Kassen und der interessierten Wissenschaft rückwirkend ab 2011 und danach in jährlicher Fortsetzung einen Datensatz in Form einer repräsentativen kassenartenübergreifenden Stichprobe für weitere Forschungsarbeiten und zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA zur Verfügung.

d) Diverse Vorschläge von Fachexperten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durch das BVA analysieren lassen und Ergebnisse transparent machen

Es liegen derzeit diverse Vorschläge von Fachexperten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA vor. All diesen wissenschaftlichen Ausarbeitungen ist gemein, dass sie keine gemeinsame bzw. umfassende Datenbasis über die GKV zur Erstellung der Gutachten hatten. Denn vollständige GKV-Daten liegen nur dem Bundesversicherungsamt und dem GKV-SV vor, die wiederum die Daten bisher nicht zur Verfügung stellen dürfen. Somit ist eine sachgerechte Gegenüberstellung der Vorschläge derzeit nicht möglich. Daher muss das Bundesversicherungsamt beauftragt werden, die vorliegenden Vorschläge – falls noch nicht geschehen - zu analysieren und die Ergebnisse daraus bis 30. September 2017 den Kassen, dem Sachverständigenrat im Rahmen des Sondergutachtens, der Wissenschaft, dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sowie BMG vorzulegen. Damit würde der Politik aber auch den Kassen und der Wissenschaft ein Diskurs über die notwendigen Änderungsmöglichkeiten ab dem Jahr 2018 ermöglicht.

Grundsätzlich bedarf es keiner gesonderten Verankerung eines solchen Auftrages im Gesetz, da das BMG das BVA entsprechend anweisen kann. Die Veröffentlichung der Ergebnisse kann das BMG z.B. im Rahmen einer Rechtsverordnung verankern.

2. Schaffung der Datengrundlagen bzw. Zurverfügungstellung vorhandener Daten für weitere Analysen

Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist es auch erforderlich, aktuell fehlende Daten zu generieren oder bereits vorhandene Daten für die Zwecke des Morbi-RSA zur Verfügung zu stellen. Neben der Generierung der aktuell fehlenden Daten für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte müssen nach Auffassung der Betriebskrankenkassen die gesetzlichen Grundlagen für die Nutzung der Regionalkennzeichen geschaffen werden. Darüber hinaus sind, vor dem Hintergrund der nachweislichen Anreize zum right- bzw. upcoding die Kodierrichtlinien, wie auch vom Bundesrat empfohlen, wieder einzuführen.

a) Datengrundlagen generieren für die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

In den Sondergutachten zu Auslandsversicherten und Krankengeld werden verschiedene Datenmängel adressiert. Diese sollten zeitnah behoben werden.

b) Verwendung eines Regionalkennzeichens für die Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

Zur Durchführung und zur Weiterentwicklung des RSA dürfen aktuell die für andere Zwecke erhobenen Regionalkennzeichen nicht berücksichtigt werden. Damit aber aussagefähige Analysen und Auswertungen zu Modellansätzen wie z.B. zur Berücksichtigung von Regionalfaktoren im RSA möglich sind, muss das Bundesversicherungsamt wieder die Regionalkennzeichen erhalten und für die Durchführung bzw. Weiterentwicklung des RSA verwenden dürfen. Die entsprechenden Paragraphen im SGB V und in der RSAV sind hierfür anzupassen.

c) Wiedereinführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System ("Diagnosis Related Groups") bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb soll die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 30. Juni 2017 gesetzlich vorgegeben werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen schaffen ambulante Kodierrichtlinien (AKR) Klarheit, denn sie definieren das gültige internationale Schlüsselsystem ICD-10 klar und sorgen für Verbindlichkeit. Ambulante Kodierrichtlinien helfen damit dem Arzt bzw. Psychotherapeuten, Behandlungsdiagnosen so detailliert und spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. Damit kann die Morbidität der Patienten exakt abgebildet werden.

Mit Hilfe der Standardisierung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens werden außerdem aus Sicht der betrieblichen Krankenversicherung die Verschlüsselung von ambulanten Diagnosen durch klare Definitionen und Interpretationen verbessert, die Kodierqualität und Pharmakovigilanz wird erhöht sowie die Datengrundlage für RSA-Berechnung und die Plausibilisierung der Abrechnung verbessert. Des Weiteren liefern ambulante Kodierrichtlinien qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung, erleichtern die Messung von Qualität und helfen bei der Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Die gesetzgeberische Umsetzung kann erfolgen, indem in § 295 Absatz 3 SGB V ein neuer Satz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt wird:

Änderungsvorschlag:

§ 295 Absatz 3 SGB V Satz 2 (neu):

„Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2017 Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien); § 87 Abs. 6 gilt entsprechend.“

3. Kurzfristiger Änderungsbedarf zur Verringerung der Wettbewerbsverzerrungen: Streichung der Erwerbsminderungsgruppen aus dem Morbi-RSA und Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Trotz der notwendigen Analysen können bereits heute maßgebliche Schwachstelle des Morbi-RSA behoben werden.

a) Streichung der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner (EMG) im Morbi-RSA

Die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner (EMG) bzw. der Bezug einer Erwerbsminderungsrente wird im Zuweisungssystem neben Alter, Geschlecht, Krankheitsgruppe etc. gesondert berücksichtigt, obwohl seit 2009 auch direkte Morbiditätsindikatoren für chronische, kostenintensive und schwerwiegende Erkrankungen abgebildet werden. Auf dieser Basis ist es heute möglich, Krankheiten, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, bereits mit höheren Zuweisungen zu verbinden. Ein gesonderter EMG-Zuschlag bedeutet eine Mehrfachberücksichtigung dieses Merkmals und damit eine ungerechtfertigte Mehrfachzuweisung für den gleichen Sachverhalt für diese Personengruppe.

Eine Streichung der EMG würde die Morbi-RSA Systematik vereinfachen und hätte dabei keine nachteilige Wirkung auf die Modellgüte und Zielgenauigkeit der Verteilung. Auch die Finanzmittel für diese Gruppe wären nicht – wie häufig vorgebracht - verloren. Sie würden neu über die Krankheitsindikatoren verteilt. Damit erhöhen sich RSA-konform für diese Krankheiten die Zuweisungen. Eine etwaig entstehende Unterdeckung dieser Versichertengruppe müsste – wie in anderen Gruppen des RSA auch – ggf. über Anpassungen bei den Zuschlag auslösenden Krankheiten behoben werden. Diese Regelung wäre gesetzgeberisch leicht umsetzbar. Möglich wäre dies mit einer Ergänzung des § 267 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

Änderungsvorschlag:

§ 267 Absatz 2 Satz 3 SGB V

„Die Zahl der Personen, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 des Sechsten Buches gemindert ist, wird in der Erhebung nach Satz 1 als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe getrennt und nur zur Ermittlung der Zuweisungen für Krankengeld erhoben.“

Weil ein Streichen der EMG keine substantielle Veränderung des Morbi-RSA darstellt, genügt bereits eine Änderung des SGB V im Hinblick auf die Datenerhebungen der betreffenden Personen. Eine Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) ist nicht notwendig, weil das SGB V bereits den Rahmen vorgibt, in dem sich auch die RSAV verhalten muss.

b) Begrenzung des vollständigen Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Für den erhobenen Zusatzbeitragssatz einer Einzelkasse erfolgt derzeit ein vollständiger Einkommensausgleich unter allen im Morbi-RSA teilnehmenden Kassen. Das Ziel dieses Instrumentes sollte der Ausgleich von Grundlohnvor- und –nachteilen sein. Wenngleich dieser Solidargedanke richtig ist, ruft die Umsetzung in der Praxis ungewollte Verzerrungen hervor: Es können Fälle auftreten, in denen eine betroffene Krankenkasse einen deutlich höheren Zusatzbeitrag erheben muss, als sie müsste, wenn sie keinem vollkommenen Einkommensausgleich unterläge.

Die Betriebskrankenkassen fordern daher den Einkommensausgleich beim Zusatzbeitragssatz auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu begrenzen.