

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 12.07.2022

Referentenentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Kranken- versicherung

(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV- FinStG)

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	6
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	6
Nummer 1: Die sächlichen Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse (§4 Abs. 5 SGB V)	6
Nummer 2: Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen (§ 35a SGB V)	7
Nummer 5: Abschaffung der extrabudgetären Vergütung von Leistungen bei Neupatienten (§ 87a Absatz 3 SGB V)	7
Nummer 6 und Nummer 14b: Grippeimpfstoffe (§ 106b und § 132e Abs. 2 SGB V)	9
Nummer 8: Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (§ 125a SGB V)	10
Nummer 11: Erstattungsbeträge für Arzneimittel (§ 130b SGB V)	10
Nummer 12: Kombinationsabschlag (§ 130e SGB V)	12
Nummer 13: Solidaritätsabgabe pharmazeutischer Unternehmer (§ 130f SGB V)	13
Nummer 14 Buchstabe a: Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e SGB V)	14
Nummer 19: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221 Absatz 1 SGB V)	15
Nummer 21: Zusatzbeitragssatz (§242 SGB V)	15
Nummer 22: Betriebsmittel (§260 SGB V)	17
Nummer 24: Gesundheitsfonds (§271 SGB V)	17
Nummer 25: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023 (§ 272b SGB V)	19
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	21
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	22

I. VORBEMERKUNG

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass nun endlich 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: **Überwiegend die Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen belastet** durch eine überzogene Abschmelzung der Vermögen sowie über eine Erhöhung des (durchschnittlichen) Zusatzbeitragssatzes zur Deckung der beschriebenen Lücke. 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 werden müssen.

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 2 Mio. Euro zuzüglich 0,2 Monatsausgaben geschützt werden – bemerkenswert hierbei ist, dass noch in der letzten Legislaturperiode 3 Mio. Euro und die Aufsichten aktuell u.a. bei kleinen Kassen deutlich höhere Beträge als notwendige Mindest-Vermögensreserve veranschlagt haben bzw. bestätigen. Damit werden die bereits auf Basis der bestehenden Regelungen abgeschmolzenen Finanzreserven nochmal derart stark abgeschmolzen, dass **unerwartete Ausgabensteigerungen oder teure Leistungsfälle kaum noch abgedeckt und nur durch Zusatzbeitragssatzanhebungen aufgefangen** werden können. Insgesamt widersprechen sich die beiden Regelungsstränge (alte, neue Vermögensabschmelzung) und bedürfen unbedingt einer Klarstellung. Die ebenfalls vorgesehene Abschmelzung der Reserven des Gesundheitsfonds, die die **Liquiditätssituation** der Krankenkassen absehbar verschlechtern wird, verschärft den beschriebenen finanziellen Druck auf die Kassen.

Ferner bleibt **das Haftungsrisiko, das bei traditionellen Krankenkassen** auch das Trägerunternehmen trägt, komplett unbeachtet. Die Bildung von Rücklagen diente in der Vergangenheit in besonderem Maße dem Abwenden von Finanzrisiken, die die jeweilige Kasse in existentielle Notlagen bringen könnten, um Gefahren für das Trägerunternehmen von vornherein abzuwenden. Sonderregelungen sind daher notwendig.

All dies müsste nicht sein, wenn endlich das Vorhaben des Koalitionsvertrages umgesetzt und die **Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln und eine regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV** würde. Gleichzeitig müssen wirkliche

Strukturreformen und damit das Heben von Effizienzreserven, die wir für eine nachhaltige Finanzierung dringend bräuchten, entschieden angegangen werden.

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

- Ein auskömmlicher **Mindestbetrag für die Risikovorsorge**, insbesondere bei kleinen Krankenkassen, ist festzulegen. Er muss mindestens in Höhe von 3,0 Mio. Euro zzgl. Mindestreserve (20% einer Monatsausgabe) als Absicherung für seltene, teure Ereignisse (z.B. Zolgensma®) betragen.
- Die **außerordentliche Vermögensabgabe** und der **gesetzlich bereits vorgegebene Vermögensabbau** widersprechen sich. Hier ist zwingend eine **Klarstellung** erforderlich.
- Berücksichtigung **des besonderen Haftungsrisikos bei traditionellen Betriebskrankenkassen**. Hier sind Sonderregelungen notwendig, um die Trägerunternehmen zu entlasten bzw. zu schützen.
- Die Verschärfung des **Verbots der Anhebung des Zusatzbeitragssatzes** (erneute Absenkung auf nunmehr das 0,5fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe) ist zu streichen. Der Gesetzgeber greift mit dem Einzug der Rücklagen zum zweiten Mal nachträglich in die Finanzplanungen der Kassen ein. Durch die weitere Reduzierung der Rücklagen müssen die Kassen uneingeschränkt ihren Zusatzbeitrag verändern können.
- Die vorgesehene Basis für die Vermögensabschmelzung, das amtliche Jahresrechnungsergebnis 2021, lässt zum einen **finanzielle Einflussfaktoren bei den Krankenkassen im Verlauf 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 sind die **Ergebnisse des RSA-Jahresausgleiches 2021** (Abrechnung im Dezember 2022) in die Vermögensabschmelzung einzubeziehen (reale Werte statt Annahmen).
- Wegen der simultanen **Abschmelzung der finanziellen Reserven** von Krankenkassen und **Gesundheitsfonds** sollte es den Krankenkassen möglich sein, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen und hierüber z. B. auch **Haftungsverbände** einzugehen.
- Ein einmaliger zusätzlicher **Bundeszuschuss verknüpft mit einem Bundesdarlehen** stellen keinen nachhaltigen Finanzierungsbeitrag zur Sicherung der GKV Finanzen dar. Auch wenn

das Jahr 2023 als Übergangsjahr bezeichnet wird, sollte auf finanztechnische Spitzfindigkeiten verzichtet werden. Die **Rückzahlungsverpflichtung muss überdacht werden**.

- **Anhebung des allgemeinen 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 Beitragssatz der GKV nach §241 SGB V zu realisieren. Die Ausgabensteigerungen der letzten Jahre, die verantwortlich sind für die nun identifizierte strukturelle Finanzierungslücke, sind auf die Gesetzgebung der Bundesregierung in den letzten beiden Legislaturperioden zurückzuführen. Insofern ist es nicht sachgerecht, die Belastung dem krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zuzuordnen.
- Dass auch die **pharmazeutische Industrie einen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen** leistet, wird begrüßt. Allerdings birgt die Umsetzung der „Solidaritätsabgabe“ ein erhebliches juristisches Konfliktpotential. Um eine vorausschauende finanzielle Stabilisierung zu erreichen, plädiert der BKK Dachverband dafür, kein neues, sehr komplexes Verfahren zu etablieren. Vielmehr sollte die GKV über einen **erhöhten Herstellerabschlag** entlastet werden. Er wäre, für die Krankenkassen einfacher und transparenter umzusetzen und bereits seit Jahrzehnten erprobt.
- Die Abschaffung der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten **Förderung von Leistungen im Rahmen der Versorgung von Neupatienten durch extrabudgetäre Vergütung**, wird ausdrücklich begrüßt. Es besteht jedoch Konkretisierungsbedarf für eine sachgerechte Ausgestaltung.
- 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 zur 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)

Die Änderung der sachlichen Verwaltungskosten soll auf 0,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr beschränkt werden. Dies wird abgelehnt. Die Veränderungsrate der sachlichen Verwaltungskosten ist seit 2019 bereits rückläufig, im Jahr 2021 betrug sie lediglich 1,9 Prozent. Damit ist nicht nachvollziehbar, warum gerade die sachlichen Verwaltungskosten als Problemfeld identifiziert wurden. 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 sowie als die Grundlohnsummenentwicklung – belegen dies.

Abgesehen von dem erwiesenermaßen verantwortungsvollen Kostenmanagement der Krankenkassen auch im Verwaltungsbereich darf nicht übersehen werden, dass sich die Inflation – vor allem im Bereich der Energiekosten – auch in der Verwaltung der GKV-niederschlagen wird. Kassenindividuell sollten zudem Besonderheiten berücksichtigt werden: Ein überproportionales Versichertenwachstum in den vergangenen Jahren macht sich bei einigen Versicherungsträgern auch in einem Zuwachs der Nebenkosten bemerkbar. Insofern sollten – wie bereits auch bei den Verwaltungskostenbudgetierungen der Vergangenheit - Ausnahmetatbestände, die beispielsweise aus einer kassenindividuellen Versichertenentwicklung resultieren, Berücksichtigung finden können.

Ferner verteilen sich bei einzelnen Krankenkassen und Kassenarten die Ausgaben sehr unterschiedlich auf die persönlichen und die sachlichen Verwaltungskosten. Bspw. fungieren Allgemeine Ortskrankenkassen selbst jeweils als ihr Landesverband, sodass die zugehörigen Ausgaben für diesbezügliche Aufgaben unter „persönliche“ Verwaltungskosten gebucht werden; dahingegen entfallen bei den Betriebskrankenkassen dieselben korrespondierenden Ausgaben auf die sachlichen Verwaltungskosten. Auch unterscheiden sich die Verteilung auf persönliche und sachliche Verwaltungskosten nach der Integration bestimmter Verwaltungsleistungen: Sind bei einer Krankenkasse viele Leistungen fremdvergeben an entsprechende Dienstleister, ist ihr Ausgabenanteil bei den sachlichen 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 Kontenrahmen 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 insgesamt 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 ist zu begrüßen, weil auch Patienten mit einer seltenen Erkrankung Anspruch auf vollumfassende bewertete Informationen über ihre Therapie haben. Die Betriebskrankenkassen hätten sich jedoch auch das Ende dieses Sonderprivilegs vorstellen können. Daher sollte noch ergänzend vorgesehen werden, 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 Rückbereinigung des Finanzvolumens erfolgen, das im Rahmen der Ausdeckelung der genannten Leistungen aus der MGV bereinigt wurde. 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.

Die Abschaffung der Förderung von Leistungen im Rahmen der Versorgung von Neupatienten durch extrabudgetäre Vergütung wird ausdrücklich begrüßt. Nach Auffassung des BKK Dachverbandes 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. Das Verfahren sollte allerdings deutlich konkretisiert werden. In die Rückbereinigung muss eingerechnet werden, dass durch den Wegfall der Quotierung ehemals innerhalb der MGV abgerechneter und dort nur anteilig honorierter Leistungen bereits Mehrkosten in Höhe von 450 Millionen Euro pro Jahr generiert wurden (sog. Ausdeckelungsgewinn). Berechnet man die Rückbereinigung allein anhand des derzeitigen EGV-Leistungsbedarfes, würde die MGV auch um diesen Ausdeckelungsgewinn basiswirksam erhöht und entsprechend in den Folgejahren mit dem Orientierungswert sowie der Morbi- und Demographierate weiterentwickelt werden. Darüber hinaus sollte das Verfahren zur Rückbereinigung der Doppelfinanzierungen den zeitlichen Verzug zwischen Einsetzen der Bereinigung und Einsetzen der Bereinigungskorrektur im Juli 2021 einbeziehen.

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. Der BKK Dachverband schlägt deshalb vor, auch Vertragsärzte an der Ausgabenbegrenzung zu beteiligen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 87a Absatz 3 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt zur Rückbereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um die in Satz 5 Nummer 5 genannten Leistungen mit Inkraftsetzung zum 01.01.2023 für die vier Quartale des Jahres 2023 Aufsatzwerte je Kassenärztlicher Vereinigung. Die Aufsatzwerte werden ermittelt, in dem das Punktzahlvolumen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung je Kassenärztlicher Vereinigung vom vierten Quartal 2018 bis einschließlich vierten Quartal 2019 um die diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsraten nach § 87a Absatz 5 SGB V der jeweiligen Folgejahre bis einschließlich zum Jahr 2022 fortentwickelt werden.“

§87 Absatz 2g SGB V wird folgende Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 wird für den Orientierungswert nach Absatz 2e für das Jahr 2023 ein Wert von 11,2662 Cent festgelegt.“

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 Patient:innen mit Impfstoffen und sollte daher nicht umgesetzt werden. Alleine wegen einer erhöhten Reserve werden nicht mehr Patient:innen geimpft. Es bedarf daher einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte sich in der Praxis, dass hinsichtlich der Impfstoffbestellung der Ärzte Bestellungen überwiegend in bestimmten Apotheken oder Lieferungen aus speziellen Impfstoffversandapotheken vorgenommen werden. Allerdings 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

§ 106b und § 132e Abs. 2 SGB V wird gestrichen

Nummer 8: Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (§ 125a SGB V)

Absatz 3 bb) soll dahingehend ergänzt werden, dass eine Nichteinigung zum Vertragsschluss im Sinne des Satzes 1 dann vorliegt, wenn mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungsweg nachweisen kann. Mit der Ergänzung sollen die Voraussetzungen für die Einleitung des Schiedsstellenverfahrens konkretisiert werden. Die Ergänzung wird als kritisch bewertet, es wird befürchtet, dass sie mehr Probleme schafft, als dass sie nützt. So müssten beispielsweise Kriterien definiert werden, wann Bemühungen einer Vertragspartei zum Vertragsschluss intensiv waren und wann nicht. Zudem ist unklar, wer darüber entscheiden soll. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 125a SGB V Absatz 3 bb) streichen

Nummer 11: Erstattungsbeträge für Arzneimittel (§ 130b SGB V)

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

b) Stehen für ein Arzneimittel bei Inverkehrbringen keine wirtschaftlichen Packungsgrößen für die in der Zulassung genannten Patientengruppen zur Verfügung, die eine therapiegerechte Dosierung ermöglichen, und ist daher bei einer oder mehreren Patientengruppen ein Verwurf von über 20 vom Hundert der in Verkehr gebrachten Packungsgrößen zu erwarten, ist dieser Verwurf bei einer Vereinbarung nach Absatz 1 im Verhältnis zu der jeweiligen Patientengruppe preismindernd zu berücksichtigen. Die finanziellen Effekte dieser Regelung werden derzeit als eher gering eingeschätzt, nichtdestotrotz berührt diese Änderung auch Aspekte der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und ist daher zu begrüßen.

c) In Satz im ersten Absatz wird klargestellt, dass neben des Ausmaßes auch die Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens einer G-BA-Bewertung in den Erstattungsbetragsverhandlungen entscheidend sind.

In Satz 2 wird die Bedeutung eines nicht belegten Zusatznutzens beschrieben. Haben vom G-BA bewertete Arzneimittel keinen zusätzlichen Nutzen attestiert bekommen und können nicht in eine Festbetragsgruppe eingegliedert werden, soll ein Preisabschlag von mindestens 10% verhandelt bzw. festgesetzt werden. Das ist sehr zu begrüßen

Satz 3 beinhalten alten Regelungen unter neuer Nummerierung.

Satz 4 beschreibt die Bedeutung eines nicht belegten Zusatznutzens in einer G-BA-Bewertung. Der Erstattungsbetrag eines so bewerteten Arzneimittels führt in zu geringeren Jahrestherapiekosten als die der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Diese Anpassung ist sehr zu begrüßen.

In Satz 5 wird beschrieben, dass für Arzneimittel, die einen geringen oder nicht quantifizierbaren Zusatznutzen haben, ein angemessener Preisabschlag verhandelt werden soll. Prinzipiell ist diese Änderung zu begrüßen. Hierbei handelt es sich um eine „Soll“-Regelung, die Ausnahmen zulässt. In der Vergangenheit führte eine andere „Soll“-Regelungen in der Verhandlungspraxis zu einer grundsätzlichen Anwendung. Das gilt es abzuwenden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Abs. 3 3. Satz 5 „soll“ in „ist“ ändern.

Die Sätze 6 bis 8 beinhalten alte Regelung mit neue Nummerierung.

Satz 9 beschreibt die Regelungsinhalte der früheren Sätze 2 und 6 und bezieht die Neuerung aus Satz 4 mit ein. Die alte Vorgabe, das auf die wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie abgestellt werden soll wird in „ist abzustellen“ verändert. Diese Anpassung ist sehr zu begrüßen .

Satz 10 regelt neu, dass für bewertete Arzneimittel mit einer zweckmäßigen Vergleichstherapie nach Absatz 1 und 3 zwischen einer generischen und patentgeschützten zweckmäßigen Therapie unterschieden wird. Diese Absätze gelten nur, wenn es sich um eine patentgeschützte zweckmäßige Vergleichstherapie handelt.

Satz 11 ergänzt die patentgeschützte Vergleichstherapie um die Fälle, 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.

d) Der Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V gilt neu ab dem siebten Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels. Damit wird Zeitdauer der freien Preisbildung um sechs Monate verkürzt. Hier findet sich ein analoges Vorgehen bzgl. der früheren Gültigkeit des neu verhandelten Erstattungsbetrags auch für andere Bewertungsursachen als der Markteintritt bei neuen Arzneimitteln. Das Vorhaben ist nachvollziehbar und zu begrüßen.

Achtung das ursächliche Problem, dass der pharmazeutische Unternehmer den zukünftigen Rabatt mit einpreist bleibt bestehen: Ein nachträglich verhandelter Erstattungsbetrag ist immer strategieanfällig.

Nummer 12: Kombinationsabschlag (§ 130e 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. Der Abschlag bezieht sich auf den Erstattungsbetrag.

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 6 Monaten bei hochpreisigen Kombinationen neuer Arzneimittel kein Abschlag gezahlt. Eine Änderung des Bezugs auf den höchst zulässigen Abgabepreis würde hier Abhilfe schaffen und auch die ersten 6 Monate nach Markteinführung berücksichtigen.

Bei der konkreten Umsetzung sind die Krankenkassen und ihre Verbände aufgeführt. Hier fehlt die Ergänzung um Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, so dass auch diese ressourcensparend die Regelung umsetzen können.

Es gibt im aktuellen Entwurf keine Berücksichtigung der Arzneimittelverordnungen im stationären Bereich bei Verordnung der Kombination. Damit fiele der Kombinationsrabatt ausschließlich bei ambulanten Kombinationen an. Eine Ergänzung um die Arzneimittelverordnungen des stationären Bereichs ist inhaltlich sinnvoll. stationär und ambulant oder ausschließlich stationär ist derzeit nicht berücksichtigt. Krankenkassen dürfen nach dem aktuellen Entwurf lediglich die Abrechnungsdaten für ambulante Arzneimittel (nach §300 SGB V) versichertenbezogen zusammenführen. Hier ist eine Ergänzung um die Krankenhausabrechnungsdaten nach §301 SGB V sinnvoll.

Offen ist auch die Zeitdauer, in der eine Kombination als Kombination gilt. Das ist v. a. bei sequentiellen Kombinationen von Bedeutung. Auch hier gilt, dass ein fester Abschlag zuvor bei der freien Preisbildung eingepreist werden kann.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die Betriebskrankenkassen fordern eine Ergänzung um “Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen”. Damit könnten auch die Dienstleister die Aufgabe für die Betriebskrankenkassen übernehmen. Es entsteht für die Krankenkassen ein zusätzlicher Aufwand für Auswertungen. Die Höhe dieses Aufwands ist derzeit nicht abschätzbar.

Der Geltungsbereich der Kombinationen wird um den stationären Sektor erweitert.

Nummer 13: Solidaritätsabgabe pharmazeutischer Unternehmer (§ 130f SGB V)

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass auch die pharmazeutische Industrie einen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen leistet. Die Umsetzung der Solidaritätsabgabe birgt jedoch erhebliches juristisches Konfliktpotential. Es ist kein Mechanismus vorgesehen, wie ein Durchsetzungsrecht des GKV-SV verbindlich gestaltet werden könnte. Damit ist es fraglich, ob die vorgesehenen 1 Mrd. Euro für die Jahre 2023 und 2024 überhaupt erreicht werden können. Der zeitliche Vorlauf für die Umsetzung scheint vor dem Hintergrund der erforderlichen Verfahrensfestlegung zu kurz. Pharmazeutische Unternehmer (pU) können zudem Befreiungsanträge stellen, die ausführlich geprüft und beschieden werden müssen. Es besteht ein Klagerisiko mit jahrelangen Prozessen, bis eine endgültige Klärung erreicht wird. Es ist zu erwarten, dass das angedachte, ohnehin niedrige Volumen von 1 Mrd. Euro nicht erreicht wird.

Es erschließt sich daher für den BKK Dachverband nicht, warum ein neues, sehr komplexes Verfahren etabliert werden sollte. Der Mechanismus die GKV über einen erhöhten Herstellerabschlag zu entlasten, wäre einfacher und für die Krankenkassen transparenter umzusetzen. Er ist bereits seit Jahrzehnten erprobt. pU haben auch die Möglichkeit, beim BAFA (Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle) eine Befreiung von den Herstellerabschlägen zu beantragen, wenn der erhöhte Abschlag aufgrund einer besonderen Marktsituation die finanzielle Leistungsfähigkeit des Unternehmens gefährden würde.

Der Beitrag der pharmazeutischen Industrie fällt gegenüber dem ersten “Nicht-”Entwurf deutlich schmaler aus. Hier war ein gestaffelter Herstellerabschlag für 4 Jahre vorgesehen. In den ersten beiden Jahren waren Einsparungen von fast 3,2 Mrd. Euro vorgesehen. In Summe ergaben sich über 4 Jahre 4,5 Mrd. Euro. Die neue Solidaritätsabgabe erreicht gerade mal 2 Mrd. Euro – wenn überhaupt.

Dieser Betrag ist angesichts der klammen Kassen deutlich zu niedrig und auch nicht nachhaltig. Der Pharma-Gesamtmarkt in Deutschland steigerte laut Statista seinen Umsatz im Jahr 2021 um 7,3 Pro-

zent gegenüber dem Vorjahr und damit sogar über dem Vorkrisenniveau im Jahr 2019. Es gilt, Beitragssatzsteigerungen für versicherte Personen zu vermeiden, so lange es einzelnen Branchen sehr gut geht. Daher ist der Herstellerabschlag langfristig anzuheben, um die Finanzen zu stabilisieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 13 wird gestrichen.

§ 130a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von ~~7~~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 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. Neben diesem Klarstellungsbedarf hinsichtlich der ärztlichen Vergütung (statt dem Begriff Erstattungspreise) besteht auch gesetzlicher Änderungsbedarf. Der Passus bezieht sich lediglich auf den Absatz 1 des § 132e SGB V. Seit Inkrafttreten des Pflegebonusgesetzes dürfen auch Apotheken Gripeschutzimpfungen anbieten (Abs. 1a). Auch hier muss der Honorardeckel gelten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

Dem Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:

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

Nummer 19: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221 Absatz 1 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 Beitragszahler:innen auf. Das zudem avisierte Bundesdarlehen in Höhe von einer Milliarde Euro ist nicht nachhaltig. Die Finanzierungsproblematik wird damit in die Zukunft verschoben. Dies gilt besonders für das avisierte Bundesdarlehen, aber ebenfalls für den erneuten auf das Jahr 2023 begrenzte ergänzende Bundeszuschuss. 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 21: Zusatzbeitragssatz (§242 SGB V)

Die Verschärfung des Verbots der Anhebung des Zusatzbeitragssatzes wird abgelehnt. Mit dem in 2018 beschlossenen Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) wurde die zulässige Vermögensobergrenze 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 über die Einengung finanzieller Spielräume für die Krankenkassen die zukünftige Beitragslast der Versicherten kurzfristig so gering wie möglich zu halten. Bereits zu diesem Zeitpunkt war offensichtlich, dass damit erhebliche Finanzrisiken auf die Einzelkassen übertragen werden.

Die erneute Absenkung auf nunmehr das 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. Ein Anpassen der Skala, allein weil es kurzfristig und einmalig für eine Beitragssatzentlastung genutzt werden könnte, ginge dem Sinn der Haftungsprävention in der GKV zuwider.

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; eine analoge Regelung für das Jahr 2023 ist jedoch zwingend erforderlich, um unterjährig sprunghafte Anhebungen der Zusatzbeiträge im Jahr 2023 zu verhindern. So besitzen eine Reihe von Krankenkassen aktuell noch Finanzreserven oberhalb von 0,5 einer Monatsausgabe; diese bauen überwiegend jedoch im Jahr 2022 planmäßig Vermögen ab. Einige dieser Krankenkassen werden zu dem maßgeblichen Zeitpunkt der Haushaltsaufstellungen für das kommende Jahr 2023 noch über Finanzreserven oberhalb vom 0,5 einer Monatsausgabe verfügen, die jedoch 1. sich gegen Ende 2022 planmäßig noch weiter reduziert sowie 2. eine weitere Vermögensabgabe nach den Bestimmungen des neuen §272b SGB V (neu) erforderlich macht. Diese Krankenkassen wäre eine Anhebung zum Jahreswechsel verwehrt, sie müssten jedoch im Jahr 2023 im dann umso größeren Umfang ihre Zusatzbeiträge anheben, um wieder kostendeckende Einnahmen erzielen zu können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§242 Abs 1 SGB V sollte unverändert bleiben.

Sofern die Vermögensobergrenze dennoch abgesenkt wird, wäre folgende Änderung erforderlich.

§242 Abs 1a SGB V sollte in abgeänderter Form beibehalten werden:

Krankenkassen, deren Finanzreserven gemäß § 260 Absatz 2 Satz 1 nach ihrem Haushaltsplan für das Jahr 2023 zum Ende des Jahres 2023 einen Betrag von 0,4 Monatsausgaben unterschreiten würden, wenn keine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes erfolgt, dürfen ihren Zusatzbeitragssatz abweichend von Absatz 1 Satz 4 zum 1. Januar 2023 anheben; diese Zusatzbeitragssatzanhebung ist begrenzt auf einen Zusatzbeitragssatz, der der Absicherung dieser

Finanzreserven in Höhe von 0,4 Monatsausgaben am Ende des Jahres 2023 entspricht. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann einer Krankenkasse, die zum Zeitpunkt der Haushaltsaufstellung für das Jahr 2023 über weniger als 50 000 Mitglieder verfügt, auf Antrag eine Anhebung des Zusatzbeitragssatzes zum 1. Januar 2023 genehmigen, die über die nach Satz 1 zulässige Anhebung hinausgeht, soweit dies erforderlich ist, um den für diese Krankenkasse notwendigen Betrag an Finanzreserven zur Absicherung gegen unvorhersehbare Ausgabenrisiken nicht zu unterschreiten.

Nummer 22: Betriebsmittel (§260 SGB V)

Die Regelung wird aus denselben Gründen wie diejenige aus 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 24: Gesundheitsfonds (§271 SGB V)

Grundsätzlich wird begrüßt, 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. Das Liquiditätsmanagement der Krankenkassen würde im Falle unterjährig verzögerter Zuweisungen durch den Gesundheitsfonds, die mit dieser Regelung wahrscheinlicher werden, vor große Herausforderungen gestellt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Einfügen eines § 164a (NEU) SGB V:

„§ 164a (NEU) 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 bestimmaren Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die Verbände nach § 163 Absatz 1 und Absatz 4 (NEU) haben 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.“

Der § 164a SGB V (NEU) würde die bereits existierende oder eine drohende Notsituation einer Krankenkasse voraussetzen. Eine gleichzeitige Absenkung der Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds, wie es der vorliegende Referentenentwurf vorsieht, erhöht das Risiko finanzieller Schieflagen von Krankenkassen erheblich. Vor allen Dingen könnten Liquiditätsrisiken die Zahlungsfähigkeit von Krankenkassen beeinträchtigen. Um Haftungsrisiken abzuwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, ist es 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.

Freiwillige finanzielle Hilfen bilden im Rahmen der Haftungsprävention ein wichtiges Instrument zur Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Neben den durch den GKV-Spitzenverband vorgesehenen finanziellen Hilfen (§ 164 SGB V) sind freiwillige finanzielle Hilfen ein vorgelagertes Sicherheitsinstrument, das unter wettbewerblichen Gesichtspunkten sinnvoll und auch weiterhin angezeigt ist. Bevor finanzielle Hilfen des GKV-Spitzenverbandes zum Einsatz kommen, welche durch alle Krankenkassen zu tragen sind, sollte den Krankenkassen innerhalb derselben Kassenart die Möglichkeit eingeräumt werden, finanzielle Probleme einer Krankenkasse zunächst selbst zu lösen. Eine Lösung über den GKV-Spitzenverband sollte immer das letztmögliche Mittel, sprich

Ultima Ratio sein. Insofern bilden freiwillige finanzielle Hilfen einen wichtigen Baustein zur Vermeidung von Kassenschließungen. Durch die innerhalb einer Kassenart gegebene Bereitschaft, Schließungen vorrangig durch Rettungsfusionen im eigenen System zu vermeiden, wird die Haftungsprävention über freiwillige finanzielle Hilfen deutlich gestärkt. **Es sollte den Krankenkassen daher möglich sein, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen und hierüber z. B. auch Haftungsverbände einzugehen.** In Verträgen nach Absatz 1 ist Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln. Bzgl. der Neuregelung Abs. 8 siehe Anmerkungen zu Nummer 1.

Nummer 25: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023 (§ 272b SGB V)

Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass auch die Finanzreserven der Krankenkassen herangezogen werden, um die GKV-Finanzierung zu stabilisieren. Allerdings resultiert aus dem Ausmaß der neuerlichen Abschmelzung eine Gefahr für die Finanzstabilität vieler Krankenkassen. 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 realistisch erst ab dem 01.01.2023. Dies bedeutet insbesondere, dass das Geschäftsjahr 2022 bei der gesetzlichen Regelung ignoriert bleibt. Jedoch existieren einige Krankenkassen, die das Geschäftsjahr 2022 voraussichtlich mit einem Defizit abschließen werden. Teilweise planen bestimmte 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 Bemessungsgrundlage für den neuerlichen Vermögensabbau die KJ1 2021 ist, müssen diese Krankenkassen dann im Jahr 2023 Vermögen abbauen, das sie bereits im Jahr 2022 teilweise nicht mehr zur Verfügung steht. Diese Krankenkassen können dann nur noch mit sprunghaft ansteigenden Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes reagieren.

Darüber hinaus gab es bereits für das Jahr 2021 eine Sonderregelung inklusive einer Vermögensabgabe der Krankenkassen. In §272 SGB V Abs. 1 SGB V regelte der Gesetzgeber jedoch, dass ein Sockelbetrag in Höhe von drei Millionen Euro zzgl. 20 Prozent einer Monatsausgabe nicht herangezogen wurde. Es ist unverständlich, warum nunmehr nur noch ein „Freibetrag“ von zwei Millionen Euro je Krankenkassen nicht herangezogen wird. Dieser Freibetrag in Höhe von zwei Millionen Euro ist nicht ausreichend, der Betrag sollte mindestens drei Millionen Euro nicht unterschreiten.

Zudem lässt die neuerliche Vermögensabgabe für traditioneller Betriebskrankenkassen im Hinblick auf Haftung durch die 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.

Kritisch zu hinterfragen ist die alleinige Bemessungsgrundlage auf Basis der Jahresrechnung 2021. Dabei bleiben unberücksichtigt die finanziellen Wirkungen, die sich letztlich aus dem GKV-FKG erstmal im Jahr 2021 zeigen werden. In der Jahresrechnung 2021 (KJ1 2021) haben die Krankenkassen versucht, bisher noch unbekannte Effekte abzuschätzen. Eine Berücksichtigung der tatsächlichen Finanzwirkungen wäre unter Einbeziehung des am 15. November 2022 vorliegenden Schlussbescheids einfach möglich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe wird gestrichen.

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

(1) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2023 Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz 1 zugeführt, indem herangezogen werden:

- 1. 90 Prozent der um 3 Millionen Euro verminderten Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die drei Zehntel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, und*
- 2. 65 Prozent der um 3 Millionen Euro verminderten Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die ein Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten und drei Zehntel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke nicht überschreiten.*

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 krankenhaushausindividuellen 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 Mio. 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

Erstattungsbetrag bei neuen Arzneimitteln beim stationären Einsatz

Es besteht 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.

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-Gutachten 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 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 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 ~~51~~ **34** Euro,*
- 4. Lösungen mit Schmerzmitteln ~~51~~ **38** Euro,*
- 5. Ernährungslösungen ~~83~~ **36** Euro,*
- 6. Calciumfolinatlösungen ~~51~~ **26** Euro,*
- 7. sonstige Lösungen ~~70~~ **31** Euro.“*

Impfstoffversorgung

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 alleine reicht aber nicht aus, um die Versorgung der Patient:innen mit Impfstoffen zu verbessern. Nach wie vor besteht Optimierungsbedarf. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte sich in der Praxis, dass hinsichtlich der Impfstoffbestellung der Ärzte Bestellungen überwiegend in bestimmten Apotheken oder Lieferungen aus speziellen Impfstoffversandapotheken vorgenommen werden. Allerdings 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.

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.

Anhebung des allgemeinen 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 Beitragssatz der GKV nach §241 SGB V zu realisieren. Die Ausgabensteigerungen der letzten Jahre, die verantwortlich sind für die nun identifizierte strukturelle Finanzierungslücke, sind auf die Gesetzgebung der Bundesregierung in den letzten beiden Legislaturperioden zurückzuführen. Insofern ist es nicht sachgerecht, die Belastung dem krankenkas-senindividuellen Zusatzbeitragssatz zuzuordnen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§241 SGB V wird wie folgt geändert:

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.