



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur finanziellen
Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversiche-
rung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-
FinStG)

Stand: 12.07.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	6
• Zu Artikel 1 Nr. 1 § 5 SGB V (Krankenkassen)	6
• Zu Artikel 1 Nr. 2 § 35 SGB V (Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel)	8
• Zu Artikel 1 Nr. 3a und 3b § 85 SGB V (Gesamtvergütung).....	9
• Zu Artikel 1 Nr. 5 § 87a SGB V (Regionale Euro- Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)	10
• Zu Artikel 1 Nr. 11 § 130 SGB V (Rabatt).....	11
• Zu Artikel 1 Nr. 13 § 130f SGB V (Solidaritätsabgabe pharmazeutischer Unternehmer) NEU	13
• Zu Artikel 1 Nr. 14 § 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen)	14
• Zu Artikel 1 Nr. 19 § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen).....	15
• Zu Artikel 1 Nr. 20 § 232a SGB V (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld)	16
• Zu Artikel 1 Nr. 21 § 242 SGB V (Zusatzbeitrag)	17
• Zu Artikel 1 Nr. 22 § 260 SGB V (Betriebsmittel)	18
• Zu Artikel 1 Nr. 24 § 271 SGB V (Gesundheitsfonds).....	19
• Zu Artikel 1 Nr. 25 § 272b SGB V (Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023) NEU	21
• Zu Artikel 2 Nr. 2 § 9 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene).....	23
• Zu Artikel 3 Nr. 1 § 17b Absatz 4 KHG (Grundsätze der Pflegesatzbildung).....	24
• Zu Artikel 3 Nr. 2 § 17b Absatz 4a KHG (Grundsätze der Pflegesatzbildung) NEU	25
3. Ergänztender Änderungsbedarf	26
• Krankenhausentgeltgesetz	26

1. Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf für ein GKV-Finanzstabilisierungsgesetz liegt ein Vorschlag auf dem Tisch, um das drohende Finanzloch in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von mindestens 17 Milliarden Euro im Jahr 2023 zu schließen.

Mit diesem Vorschlag und den darin enthaltenen Maßnahmen werden die Beitragszahler:innen im Vergleich zu anderen überproportional stark herangezogen, um die Finanzlücke zu schließen. Nicht nur die absehbaren Beitragssteigerungen und das zurückzuzahlende Bundesdarlehen, sondern vor allem auch mit dem Abbau der Reserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds werden allein die Beitragszahler:innen in die Verantwortung genommen. Insgesamt mehr als zwölf Milliarden Euro würden allein die Beitragszahler:innen leisten müssen!

Erneut werden Rücklagen des Gesundheitsfonds und der Kassen abgeschöpft – bis auf ein Minimum. Möglichkeiten für Investitionen oder langfristiges Planen sind für die Krankenkassen somit massiv eingeschränkt. Zusätzlich ist der Abbau der Rücklagen nur ein Einmaleffekt in 2023 und kein Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung ab dem Jahr 2024.

Aufgrund der hohen Vergütungssteigerungen der letzten Jahre können Leistungserbringerseite und Pharmaindustrie aus Sicht des vdek deutlich mehr für eine stabile Krankenversicherung beitragen. Es ist nicht erklärbar, warum lediglich in der zahnärztlichen Versorgung die Vergütungssteigerungen gedeckelt werden sollen. Auch die Bereiche der ambulanten ärztlichen Leistungserbringer, die Heilmittelerbringer, die Krankenhäuser und die Industrie sollten in diesem Sinne solidarisch beteiligt werden. Konkret erachten wir es als sachgerecht, wenn in der vertragsärztlichen Versorgung für die Jahre 2023 und 2024 keine Anpassung des Orientierungswertes gemäß § 87a SGB V vorgenommen werden soll. Dies entspräche einer mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz für die Jahre 2011 und 2012 getroffene Regelung. Im Krankenhausbereich sollte die Anwendung der Grundlohnrate auf den DRG-Bereich und die Pflegebudgets erfolgen. Im Heilmittelbereich sollten die am 31.12. 2022 geltenden Preise für Leistungen nach § 125 in den Jahren 2023 und 2024 unverändert fortgelten. Auch sollte die Prüfquote im Krankenhausbereich erhöht werden. Auch bei den Apotheken besteht über den höheren Apothekenabschlag hinaus noch Einsparpotenzial für eine Entlastung der GKV: Hier sollte aus Sicht des vdek eine Abschaffung der Finanzierung des Botendienstes durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, da diese Leistung vormals durch die Apotheken kostenfrei erbracht wurde.

Die Beschränkung der Pflegebudgets auf die bettennahen Pflegekräfte ist zunächst als sachgerecht zu bewerten. Das Problem ist bereits länger bekannt und es ist gut, dass sich die Politik dem klarstellend annehmen will. Dennoch

erscheint der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erwogene Weg widersprüchlich. Zunächst sollen die Pflegebudgets gesenkt werden und im zweiten Schritt die regulären DRG-Fallpauschalen erhöht werden. Ob das in der Konsequenz tatsächlich zu substanziellen Einsparungen führt, ist fraglich. Aus Sicht des vdek sollte hier nachgeschärft werden, um sicherzustellen, dass die Doppelfinanzierung aufgrund der kalkulatorischen Verschiebung von Pflegekräften und pflegeähnlicher Berufe ins Pflegebudget rückwirkend und künftig jährlich bereinigt wird.

Die Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen auf drei Prozent kann nur als Symbolpolitik eingestuft werden. Die damit einhergehenden Einsparungen in Höhe von 25 Millionen Euro sind der Höhe nach nicht geeignet, das Finanzproblem der GKV zu lösen. Aus Sicht des vdek ist gerade mit Blick auf die allgemeinen Preissteigerungen und der niedrigen Verwaltungskosten der GKV, vor allem im Verhältnis zur Privaten Krankenversicherung (PKV), eine Deckelung der Verwaltungskostensteigerungen auf drei Prozent nicht sachgerecht, da die Krankenkassen in den nächsten Jahren zusätzliche vom Staat übertragende Aufgaben zu erfüllen haben. Richtigerweise werden die Kosten für die online-Wahlen aus der Deckelung herausgenommen. Konsequenterweise müssten aber auch die Kosten für die Sozialwahlen 2023 aus der Deckelung herausgenommen werden. Denn dies betrifft insbesondere die Ersatzkassen als urwählende Krankenkassen.

Im Gesetzentwurf findet sich dagegen keine konkrete Aussage darüber, wie mit der systematischen Unterdeckung der Gesundheitsversorgung für ALG-II-Empfänger:innen umgegangen werden soll. Die Arbeitslosenversicherung leistet seit Jahren eine zu geringe Finanzpauschale an die GKV, um die tatsächlichen Gesundheitskosten für diese Personengruppe zu deckeln. Die Differenz belastet die gesamte Solidargemeinschaft in der GKV zusätzlich. Die Unterdeckung beträgt etwa 10 Milliarden Euro pro Jahr. Zudem sollte endlich die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 Prozent auf 7 Prozent gesenkt werden.

Der Bundeszuschuss sollte entsprechend der von der GKV wahrgenommenen staatlichen Aufgaben angehoben und dynamisiert werden. Völlig absurd ist der Vorschlag, die Krankenkassen zu verpflichten, ein Bundesdarlehen in Höhe von einer Milliarde Euro aufzunehmen und dieses bis spätestens 2026 wieder zurückzuzahlen. Dies wäre eine Finanzierung auf Pump und hat mit einer nachhaltigen und verlässlichen Finanzierung nichts mehr zu tun. Dieser Weg wäre ein Sündenfall.

Als besonders kritisch sehen wir die geplante Erhöhung der Zusatzbeiträge an. Grund hierfür ist die unnötige Bürokratisierung, die mit dem kassenindividuellen Versand von rund 58 Millionen Informationsschreiben und umfassenden nachgelagerten Arbeiten (Beantwortung von Rückfragen usw.) einhergehen würde. Zusätzlich könnten Verwaltungskosten in dreistelliger Millionenhöhe eingespart werden. Die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes wäre die

deutlich wettbewerbsneutralere Lösung und zudem deutlich weniger verwaltungsintensiv. Das würde Kosten sparen, weil die vorgelagerten Arbeiten für die Produktion der entsprechenden Beitragsschreiben an die Mitglieder der Krankenkassen und die sich anschließenden Prozesse entfallen können.

Die vorgestellte Finanzplanung reicht allenfalls aus, um 2023 die Löcher zu stopfen. Bereits 2024 droht ein gewaltiger Anstieg der Beitragssätze. Mehr als 73 Millionen Menschen in diesem Land bleiben damit im Unklaren, wie es weitergeht. Der Gesetzentwurf ist unausgewogen und belastet besonders die Beitragszahler:innen. So sieht keine seriöse und zukunfts feste Finanzierung der GKV aus. Es fehlen schlichtweg Maßnahmen, die die GKV langfristig stabilisieren.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 1

§ 5 SGB V (Krankenkassen)

Beabsichtigte Neureglung

Der Anstieg der sächlichen Verwaltungskosten der einzelnen Krankenkassen soll für 2023 auf drei Prozent gegenüber dem Vorjahr begrenzt werden. Erhöhungen durch die Teilnahme am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen oder gestiegene Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e SGB V bleiben unberücksichtigt.

Anmerkung: Die sächlichen Verwaltungskosten beinhalten u. a. die Bewirtschaftung und Unterhalt von Grundstücken und technischen Anlagen. Dazu gehören auch die Energie- und Nebenkosten. Ferner sind die Aufwendungen für die Selbstverwaltung sowie die Kosten für die Schiedsämter umfasst.

Bewertung

Die Höhe der Steigerung der sächlichen Verwaltungskosten schwankt von Jahr zu Jahr stark. In den letzten fünf Jahren lag die Veränderungsrate für die GKV zwischen -0,1 Prozent und 6,8 Prozent. Für die einzelnen Krankenkassen können die Schwankungen noch deutlich höher ausfallen. Somit ist nicht abzusehen, wie viele Krankenkassen von der Begrenzung der Steigerung der sächlichen Verwaltungskosten betroffen sein werden und in welcher Höhe.

Zu den sächlichen Verwaltungskosten gehören u. a. die Bewirtschaftung und Unterhalt von Grundstücken und technischen Anlagen (inklusive der Energie- und Nebenkosten) sowie die Aufwendungen für die Selbstverwaltung. Mit Blick auf die allgemeinen Preissteigerungen ist eine Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten unterhalb der aktuellen Inflation nicht sachgerecht. Die Folge wird sein, dass die Infrastruktur der GKV und der Selbstverwaltung auf Verschleiß gefahren wird.

Richtigerweise werden die Kosten für die online-Wahlen aus der Deckelung herausgenommen. Konsequenterweise müssten aber auch die Kosten für die Sozialwahlen 2023 aus der Deckelung herausgenommen werden. Denn dies betrifft insbesondere die Ersatzkassen als urwählende Krankenkassen.

Hinzu kommt, dass die Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen auf drei Prozent nur als Symbolpolitik eingestuft werden kann. Die damit einhergehenden Einsparungen in Höhe von 25 Millionen Euro führen nicht dazu, das Finanzproblem der GKV annähernd zu lösen.

Änderungsvorschlag

Falls Absatz 5 eingeführt wird, sollte die gedeckelte Steigerungsrate mindestens der geschätzten Inflationsrate für 2023 entsprechen (Prognose der Bundesbank vom Juni 2022: 4,5 Prozent).

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 35 SGB V (Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Die Umsatzschwelle für Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drugs) für die Nutzenbewertung wird auf 20 Millionen Euro reduziert.

Zu b) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) listet in Zukunft im Beschluss eines Arzneimittels zu dessen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V zusätzlich alle Arzneimittel mit *neuen* Wirkstoffen (*Definition notwendig?*) die gemäß ihrer Zulassung mit diesem Arzneimittel in Kombination angewendet werden können.

Bewertung

Zu a) Da für Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens erst nach Überschreiten der Umsatzschwelle (bisher 50 Millionen Euro) eine vollständige Nutzenbewertung durchgeführt wird, führt eine Absenkung auf 20 Millionen Euro dazu, dass eine größere Anzahl von Orphan Drugs einem regulären Bewertungsverfahren durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem G-BA unterliegen. Damit besteht die Möglichkeit, den bei Markteintritt attestierten „fiktiven“ Zusatznutzen zu prüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Da der Zusatznutzen die Evidenzgrundlage für die sich anschließenden Erstattungsbetragsverhandlungen nach § 130b darstellt, begrüßen die Ersatzkassen diesen Schritt.

Zu b) Die Auflistung möglicher Kombinations-Arzneimittel durch den G-BA ist eine Voraussetzung für die Umsetzung des neuen § 130e.

Änderungsvorschlag

Zu a) Alle Arzneimittel gegen seltene Leiden sollten bei Markteintritt eine reguläre Nutzenbewertung gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie durch IQWiG und G-BA durchlaufen.

Zu b) Keiner.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Punktwerte für die zahnärztlichen Vergütungen der Sachleistungen in den Regionen mit Einzelleistungsvergütung sollen in den Jahren 2023 und 2024 nur begrenzt gesteigert werden. Für das Honorarjahr 2023 wird ein Abschlag in Höhe von 0,75 Prozent von der festgestellten Grundlohnsummenrate gesetzlich vorgegeben; für das Honorarjahr 2024 ein Abschlag in Höhe von 1,5 Prozent. Die Abschläge sind nicht auf Punktwerte für prophylaktische und präventive Leistungen anzuwenden. Dieselben Abschlagshöhen sind auch auf die Anpassungsraten für die Gesamtvergütungsbeträge zur Ausgabenbegrenzung zu beziehen. Damit wird u. a. die finanzielle Ausgabenbegrenzung in den Regionen mit Pauschalvergütung sichergestellt. Die Abschläge sind auch hier nicht auf prophylaktische und präventive Leistungen zu beziehen.

Bewertung

Der Gesetzgeber geht aufgrund der vorgesehenen Maßnahmen von einem Einsparpotential im Jahr 2023 in Höhe von 120 Mio. Euro und im Jahr 2024 in Höhe von 340 Mio. Euro aus. Die durch diese Maßnahmen prognostizierten Einsparungen sind im Gesamtkontext eher als gering einzuschätzen. Eine wirkliche Hebung der Finanzreserven lässt sich nur erreichen, wenn es bei den Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in den Jahren 2023 und 2024 zu keiner Veränderung gegenüber dem Jahr 2022 kommt. Weiterhin erschließt es sich nicht, weshalb die nach § 57 Absatz 1 SGB V zu vereinbarenden Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2 SGB V (Zahnersatz) ausgenommen werden. Zur Erhöhung der Einsparvolumina sollten diese Vergütungen einbezogen werden.

Änderungsvorschlag

§ 85 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d angefügt:

„Die am 31. Dezember 2022 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gelten in den Jahren 2023 und 2024 unverändert fort; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Absatz 1 Satz 5.“

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a angefügt:

„Für die Jahre 2023 und 2024 vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages keine Veränderungen der Gesamtvergütungen nach Absatz 3; dies gilt nicht für Anpassungen aufgrund der Veränderung der Zahl der Versicherten und für Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Absatz 1 Satz 5.“

§ 57 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a angefügt:

„Der am 31.12.2022 geltende Punktwert für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2 gilt in den Jahren 2023 und 2024 unverändert fort.“

Zu Artikel 1 Nr. 5

§ 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Beabsichtigte Neuregelung

Die TSVG-Regelung hinsichtlich der extrabudgetären Vergütung von sogenannten Neupatienten wird aufgehoben und die entsprechend aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bereinigten Beträge sollen wieder in die MGV zurücküberführt werden.

Bewertung

Da das ursprüngliche Regelungsziel (Verbesserung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung und Abbau von Wartezeiten) nicht erreicht werden konnte, wurden dadurch nur unnötige Mehrausgaben der GKV erzeugt. Dies wird hiermit zurückgenommen. Passend zu den quartalsweisen Vergütungsregelungen erfolgt die Anpassung mit Wirkung zu Beginn des ersten Quartals 2023. Um ggf. entstehenden Unklarheiten hinsichtlich der Rückbereinigung vorzubeugen, sollte die entsprechende Formulierung klarer gefasst werden.

Änderungsvorschlag

c) „Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 30. November 2022 ein Verfahren [...]. Dabei sind die in der Vergangenheit für diesen Sachverhalt aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereinigten Mengen ohne Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Ausweitung der Leistungsmenge wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einzustellen.“

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Bei Erstattungsbeträgen müssen künftig mengenbezogene Staffelungen berücksichtigt werden.

Zu b) Nicht therapiegerechte Packungsgrößen führen immer wieder dazu, dass größere Restmengen von Arzneimitteln weggeworfen werden müssen. Hierfür soll es künftig einen Abschlag auf den Erstattungsbetrag geben.

Zu c) Insbesondere für Arzneimittel ohne Zusatznutzen bzw. mit einem nicht quantifizierbaren oder nur geringen Zusatznutzen sollen die Erstattungsbeträge entweder unterhalb oder auf vergleichbarer Höhe der Kosten liegen, wie sie für die zweckmäßige Vergleichstherapie anfallen würden. Dies gilt auch in vergleichbarer Form für im beschleunigten Zulassungsverfahren in den Markt gekommene Arzneimittel (z. B. Orphan Drugs) wenn eine Quantifizierung des Zusatznutzens aufgrund fehlender Daten nicht möglich ist.

Zu d) Die Erstattungsbeträge gelten künftig bereits ab dem siebten Monat nach Markteintritt, statt wie bisher erst ab dem 13. Monat.

Zu e) Einräumung eines Sonderkündigungsrechtes aufgrund der gesetzlichen Neuregelungen für beide Vertragsparteien binnen drei Monaten nach Inkrafttreten.

Zu f) Notwendige Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen.

Bewertung

Zu a) Bietet eine Erweiterung der Möglichkeiten zur Senkung der Erstattungsbeträge.

Zu b) Insbesondere zu infundierende Arzneimittel werden oft nach Körpergewicht dosiert, was besonders bei teuren Arzneimitteln dazu führt, dass die GKV für tatsächlich nicht genutzte Mengen dennoch den vollen Preis bezahlen muss. Das ist weder nachhaltig noch wirtschaftlich. Datentechnisch ist es bereits jetzt so, dass nur die tatsächlich für Versicherte verwendeten Teilmengen abgerechnet werden könnten. Konsequenter wäre es daher, wenn sogenannte Arzneimittelverwürfe, also die nicht in die Versicherten gelangenden Arzneistoffmengen, generell nicht zulasten der GKV gehen würden. Den Rest würde der Markt regeln, entweder durch Verrechnungen zwischen Apotheke und Herstellern oder deutlich verlängerten Aufbrauchfristen für angebrochene Arzneimittelpackungen.

Zu c) Diese Vorschläge sind sinnvoll und helfen bei den Erstattungsbetragsverhandlungen zu besseren Ergebnissen zu kommen.

Zu d) Entspricht einer schon lange geäußerten Forderung der GKV nach Verkürzung der „Mondpreisphase“ für pharmazeutische Unternehmen.

Zu e) Sinnvoll, so können auch die noch laufenden Vereinbarungen an den neuen Gesetzesstand angepasst werden.

Zu f) Notwendige gesetzestechnische Klarstellung.

Änderungsvorschlag

Zu a) Keiner.

Zu b) Gesetzgeberische Klarstellung das Verwürfe von Arzneimitteln grundsätzlich nicht mit der GKV abgerechnet werden können.

Zu c) Keiner.

Zu d) Keiner.

Zu e) Keiner.

Zu f) Keiner.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Hersteller patentgeschützter Arzneimittel werden verpflichtet, in den Jahren 2023 und 2024 jeweils eine Milliarde Euro an den Gesundheitsfonds zu überweisen. Eintreiben soll das Geld der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) auf Basis der jeweiligen Umsatzanteile der einzelnen Firmen am GKV-Ausgabenvolumen.

Bewertung

Prinzipiell zu begrüßen, wobei die Höhe der Solidaritätsabgabe in Anbetracht der hohen Gewinnmargen speziell im deutschen Markt sehr zurückhaltend ausfällt, wenn man es mit den Lasten vergleicht, die zeitgleich auf die beitragszahlenden Versicherten zukommen. Zudem ist das angedachte Verfahren der Abwicklung über den GKV-SV viel zu bürokratisch und verwaltungsaufwändig. Einen entsprechenden Präzedenzfall hat es bereits unter der Kanzlerschaft von Gerhard Schröder gegeben. Seinerzeit wurde das Geld von den Verbänden der Pharmaindustrie eingesammelt und an die GKV überwiesen. Von daher stellt sich die Frage, ob das nicht jetzt genauso möglich sein sollte, nur das dieses Geld nun in den Fonds eingezahlt werden muss und so vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) beaufsichtigt werden sollte.

Änderungsvorschlag

Die betroffenen Pharmaverbände sammeln das Geld gemäß den gesetzlichen Vorgaben bei ihren Mitgliedsunternehmen und zahlen dieses stichtagsgemäß in den Fonds ein.

Beabsichtigte Neuregelung

Beim erstmaligen Abschluss von Verträgen über die Versorgung mit Schutzimpfungen muss sich die Kostenerstattung an bereits bestehenden Verträgen für vergleichbare Schutzimpfungen orientieren. Zudem wird der Wirtschaftlichkeitspuffer von 30 Prozent für die zu beschaffenden Grippeimpfstoffe auch auf die kommende Impfsaison verlängert.

Bewertung

Aus den Formulierungen auch in der Begründung wird nicht klar, was damit genau gemeint ist. Wenn damit die Überführung der COVID-19-Impfungen in die Regelversorgung gemeint sein sollte, müsste hier klargestellt werden, dass mit den genannten „Verträgen“ nicht die bisherige Honorierung von mindestens 28 Euro je Impfung gemeint ist, die derzeit aus Steuergeldern bestritten wird, sondern die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarte „übliche“ Honorierung von Impfungen mit einem Einzelimpfstoff in Höhe von rund acht Euro. Die Verlängerung des Wirtschaftlichkeitspuffers führt nach eigener Aussage des BMG zu einer Mehrbelastung der GKV von ca. 75 Millionen Euro.

Änderungsvorschlag

Gesetzestechnische Klarstellung des konkret Gewollten im oben beschriebenen Sinne.

Beabsichtigte Neuregelung

Es gibt einen zusätzlichen einmaligen Bundeszuschuss in Höhe von zwei Milliarden Euro in 2023.

Bewertung

Die Erhöhung des Bundeszuschusses ist nur eine Teilrefinanzierung der gesetzlichen Aufgaben, die an die GKV delegiert wurden. Der Staat beteiligt sich nur unterdurchschnittlich stark an der Finanzierungslücke der GKV. Die Finanzierungslücke der GKV sollte gerechterweise gleichmäßig auf die Schultern der Beitragszahler:innen, der Leistungserbringer:innen, der Industrie und des Staates verteilt werden. Zudem sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf sieben Prozent gesenkt werden. Diese Maßnahme ist aus Sicht des vdek zwingend notwendig, um die Beitragssätze nachhaltig zu stabilisieren. Daraus könnte ein jährliches Einsparvolumen von etwa sechs bis sieben Milliarden Euro realisiert werden.

Außerdem ist keine nachhaltige Finanzwirkung vorhanden, von der im Koalitionsvertrag genannten Dynamisierung des Bundeszuschusses ist nichts zu finden. Auch eine kostendeckende Finanzierung der Leistungsausgaben der ALG II Empfänger fehlt.

Änderungsvorschlag

Der Bundeszuschuss muss entsprechend der von der GKV wahrgenommenen staatlichen Aufgaben angehoben und dynamisiert werden. Gemäß dem Koalitionsvertrag ist die vereinbarte Anpassung der pauschlierten Beiträge bei ALG II Empfängern im Rahmen dieses Gesetzes umzusetzen.

Zu Artikel 1 Nr. 20

§ 232a SGB V (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 232a Absatz 1a wird aufgehoben.

Bisher ist geregelt, dass im Jahr 2018 der Faktor von 0,2155 der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV, der die Grundlage für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher:innen von Arbeitslosengeld II (ALG II) bildet, im Hinblick auf die maßgebliche Struktur der Bezieher:innen von ALG II zu überprüfen und bei Veränderungen mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen sei. Nun soll wegen Zeitablauf diese Verpflichtung gestrichen werden.

Bewertung

Es ist nicht bekannt, inwieweit eine solche Prüfung stattgefunden hat. Einer Streichung der grundsätzlichen Pflicht zur Prüfung der Angemessenheit der Beitragshöhe wäre nur dann zuzustimmen, wenn in anderer Art und Weise die Beiträge für die Bezieher:innen von Arbeitslosengeld II angepasst werden. Insofern könnte auch das Jahr der Überprüfung (2018) geändert werden.

Änderungsvorschlag

Wenn es bei der Streichung des § 232a Absatz 1a verbleiben sollte, dann ist auch die Parallelregelung im SGB XI anzupassen, § 57 Absatz 1 letzter Halbsatz „§ 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend“ wäre zu streichen.

Allgemein ist bekannt, dass eine systematische Unterdeckung der Gesundheitsversorgung für ALG II-Empfänger:innen vorliegt. Die Arbeitslosenversicherung leistet seit Jahren eine zu geringe Finanzpauschale an die GKV, um die tatsächlichen Gesundheitskosten für diese Personengruppe zu deckeln. Dem entsprechend sollte die Berechnung der Beitragseinnahmen der ALG II-Empfänger:innen angepasst werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Entsprechend der Anpassung der Obergrenze der Finanzreserven von 0,8 einer Monatsausgabe auf 0,5 einer Monatsausgabe wird auch das Zusatzbeitragsanhebungsverbot angepasst. Somit dürfen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, wenn sie nach ihren letzten vierteljährlichen Rechnungsergebnissen über Finanzreserven verfügen, die das 0,5-Fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe übersteigen.

Zu b) Absatz 1a bezieht sich auf die Haushaltsplanungen der Krankenkassen für 2021. Da die Haushaltsplanung 2021 bereits abgeschlossen ist, kann der Absatz gestrichen werden.

Bewertung

Zu a) Die Möglichkeit der Krankenkassen, Finanzreserven zu bilden und diese für z. B. Investitionen zu verwenden, wird weiter massiv eingeschränkt. Eine wirtschaftlich stabile Haushaltsführung der Krankenkassen ist damit nicht mehr möglich. Auch wird in die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen weiter eingegriffen. Die geplante Stichtagsregelung zum 31.12.2021 kann dazu führen, dass Reserven abgeführt werden müssen, die es de facto nicht mehr gibt.

Zu b) Sachgerecht, da es eine redaktionelle Änderung ist.

Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung im § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V soll gestrichen werden.

Nach § 242 Absatz 1 Satz 4 wird folgender Satz 5 eingefügt: Bei der Ermittlung des Verhältnisses nach Satz 4 sind die von den Krankenkassen nach § 272b Absatz 1 aus den Finanzreserven abzuführenden Mittel, deren Verrechnung nach § 272b Absatz 2 Satz 2 in der Haushaltsplanung für das Jahr 2023 zu berücksichtigen ist, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen jeweils ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen von 0,8 Monatsausgaben wird auf 0,5 Monatsausgaben gesenkt.

Zu b) Finanzreserven der Krankenkassen, die die gesetzliche Obergrenze übersteigen, sind künftig innerhalb von zwei statt bislang drei Jahren abzubauen. Dementsprechend wird der Betrag, den die Krankenkassen von den die Obergrenze übersteigenden Finanzreserven jährlich mindestens abzubauen haben, von einem Drittel auf die Hälfte erhöht.

Zu c)

Zu aa) Krankenkassen, die ihre Finanzreserven entsprechend der vorgegebenen Frist nach Absatz 2a nicht abgebaut haben und die nach Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 zulässige Obergrenze weiterhin überschreiten, müssen den übersteigenden Betrag an den Gesundheitsfonds abführen. Neu hinzukommt, dass im Rahmen der Finanzreserven neben den Betriebsmitteln auch Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Vermögensteilen berücksichtigt werden. Überdies wird klargestellt, dass für die Feststellung, ob die Obergrenze der Finanzreserven eingehalten wurde bzw. in welcher Höhe Mittel an den Gesundheitsfonds abzuführen sind, die Kennzahlen aus der endgültigen Jahresrechnung (KJ1) maßgeblich sind. Dies gilt auch für die Ermittlung der durchschnittlichen Monatsausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke.

Zu bb) Es wird festgelegt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde gemäß § 260 Absatz 4 Satz 1 einen Bescheid erlässt und die abzuführenden Beträge an den Gesundheitsfonds meldet.

Bewertung

Zu a) Die Änderung des § 260 SGB V Absatz 2 Satz 1 und 2 wird abgelehnt. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Finanzreserven zu bilden und diese für z. B. Investitionen zu verwenden, wird weiter eingeschränkt.

Zu b) Gegeben der Änderung der Nummer 22a) ist die Änderung des § 260 SGB V Absatz 2a Satz 1 sachgerecht, da es eine Folgeänderung ist.

Zu c)

Zu aa) Die Änderung kann nachvollzogen werden.

Zu bb) Die Regelung ist nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

Die beschriebenen Änderungen des § 260 SGB V Absatz 2 und 2a sollen gestrichen werden.

In dem Fall müssten auch die Folgeänderungen unter den Nummern 15 und 21 gestrichen werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Zu aa) Die Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird nach Ablauf eines Geschäftsjahres von 50 Prozent auf 25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds abgesenkt.

Gleichzeitig wird festgelegt, dass die Obergrenze überschreitende Mittel vollständig in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr überführt werden.

Zu bb) Absatz 2 Satz 6 wird aufgehoben, da die Zahlung an das BMG im Jahr 2021 erfolgt ist.

Zu b) Durch die Änderung des neuen § 4 Absatz 5 (siehe Nummer 1) wird das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2023 um 25 Millionen Euro gemindert. Diese Mittel werden gegebenenfalls für höhere Zuweisungen in 2024 genutzt, wenn die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf des Geschäftsjahres 2023 das 0,25-Fache einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds überschreitet. Nach Satz 2 berücksichtigt das BAS den Bereinigungsbetrag bei den Zuweisungen, die die Krankenkassen nach § 271 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben erhalten.

Bewertung

Zu a)

Zu aa) Die Rücklagen des Gesundheitsfonds werden fast vollständig bis zur Grenze der Mindestreserve abgeschöpft. Starke Schwankungen der unterjährigen Einnahmen können damit schwieriger ausgeglichen werden. Wenn die Liquiditätsreserve nicht ausreicht, um alle Zuweisungen zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

Zu bb) Redaktionelle Änderung.

Zu b) Abzulehnen ist allerdings die hier geregelte Zuführung von 25 Mio. EUR in die Liquiditätsreserve durch eine Kürzung des Zuweisungsvolumens aufgrund der Begrenzung des Kostenanstiegs bei den Sachkosten von 3 Prozent. Hier findet zu Lasten der Krankenkassen eine doppelte Berücksichtigung statt. Im Rahmen der Festlegung des Zuweisungsvolumens für das Jahr 2023 wird der vorgeschriebenen Obergrenze durch einen entsprechenden Ansatz der Sachkosten bereits Rechnung getragen. Einer weiteren Zuführung aus einem bereits abgesenkten Zuweisungsvolumen bedarf es folglich nicht. Die Deckung der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen und damit einhergehende Reduzierung der Zuweisungen auf 25 Millionen Euro in 2023 kann nur als Symbolpolitik eingestuft werden kann. Die damit einhergehenden Einsparungen in Höhe von 25 Millionen Euro führen nicht dazu, das Finanzproblem

der GKV annähernd zu lösen. Darüber hinaus werden die Zuweisungen gegebenenfalls nur verschoben: Die Zuweisungen werden in 2023 um 25 Millionen Euro gekürzt und 2024 werden die Zuweisungen, falls die wirtschaftliche Situation sich in 2023 positiv entwickelt, um 25 Millionen Euro wieder erhöht.

Änderungsvorschlag

Zu a) Um die Finanzierungslücke 2023 zu schließen, können die Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die über einer 0,25-Fachen einer Monatsausgabe liegen, einmalig für 2023 in die Einnahmen des Gesundheitsfonds abgeführt werden. Die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sollte nicht für immer auf 0,25 einer Monatsausgabe reduziert werden.

Zu b) Streichung

Beabsichtigte Neuregelung

Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden in 2023 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich (RSA) teilnehmenden Krankenkassen zugeführt. Die um zwei Millionen Euro verminderten Finanzreserven zwischen 0,2 und 0,3 Monatsausgaben müssen zu 65 Prozent an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Die um zwei Millionen Euro verminderten Finanzreserven über 0,3 Monatsausgaben werden zu 90 Prozent abgeschöpft. Es gilt generell ein Freibetrag in Höhe von zwei Millionen Euro. Finanzreserven unter 0,2 Monatsausgaben bleiben unangetastet.

Für die Berechnung der Höhe der Finanzreserven, der durchschnittlichen Monatsausgabe und der abzuführenden Mittel sind die endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1) des Jahres 2021 zu verwenden.

Die durch die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel im Jahr 2023 werden über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen ausgeschüttet.

Für den Falle von Fusionen in 2022 wird klargestellt, dass die Berechnungslage auch die endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1) des Jahres 2021 sind, abhängig vom Zeitpunkt der Fusion werden die Einzelbeträge der fusionierenden Krankenkassen addiert.

Bewertung

Die Rücklagen der Kassen werden erneut abgeschöpft. Erst 2021 wurden die Kassenreserven um acht Milliarden Euro abgeschöpft. Nach dem erneuten Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen bleibt GKV-weit nur noch das 0,25-Fache einer Monatsausgabe (Basis: KJ1 2021) übrig. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Finanzreserven zu bilden und diese für z. B. Investitionen zu verwenden, wird weiter massiv eingeschränkt. Eine wirtschaftlich stabile Haushaltsführung der Krankenkassen ist damit nicht mehr möglich. Außerdem führt die Stichtagsregelung zum 31.12.2021 auf Basis der KJ1 2021 dazu, dass Finanzreserven reduziert werden, die gegebenenfalls nicht mehr vorhanden sind. Zusätzlich wirkt die finanzielle Entlastung nur einmalig für 2023 und ist kein Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung.

Die monatliche Verrechnung im RSA-Abschlagsverfahren (§ 16 Absatz 5 RSAV) ist folgerichtig.

Änderungsvorschlag

Der eingefügte § 272b SGB V soll gestrichen werden. Falls zur Deckung der Finanzlücke 2023 weiterhin die Finanzreserven der Krankenkassen mitberücksichtigt werden sollen, sollte die Quote der abzuführenden Finanzreserven ge-

senkt werden, damit eine solide Haushaltsplanung als auch langfristige Investitionen auch zukünftig möglich sind. Außerdem sollte für die Rechengrößen nach dem neu einzuführenden § 272b Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht die KJ1 2021 mit Stichtag 31.12.2021 maßgebend sein, sondern die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2022 nach Abschluss des zweiten Quartals 2022 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (KV 45 2. Quartal 2022).

Zu Artikel 2 Nr. 2

§ 9 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu geplanten Definition des Pflegebudgets.

Bewertung

Die Regelung sieht eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu den Verhandlungen zum Pflegebudget erst zum 31.5.2023 vor, sodass die vorgesehenen Maßnahmen in den Budgetverhandlungen erst für den Pflegesatzzeitraum 2024 greifen können.

Änderungsvorschlag

Im Gesetzesvorschlag zu § 9 Absatz 1 Nummer 8 sollte die Angabe „31. Mai 2023“ durch „31. Dezember 2022“ ersetzt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten die neue Definition des „qualifizierten Pflegepersonals“ zu beachten haben.

Bewertung

Es handelt sich zunächst um eine Folgeregelung zur Definition der Pflegepersonalkosten aus dem Pflegebudget, die auch bei der Fortschreibung des DRG-Vergütungssystems zu beachten ist. Die Regelung greift erstmals im Pflege-satzzeitraum 2024. Mit der Regelung wird zwar eine definitorische Klarheit geschaffen, das eigentliche Problem der Fehlallokation von Beitragsmitteln, die sich aus kalkulatorischen Verschiebungen aus dem DRG-Bereich in das Pflegebudget ergeben haben, aber nicht behoben.

Seit der Einführung des Pflegebudgets ist es zu einem kalkulatorischen Anstieg der Zahl der Pflegekräfte gekommen, der einem realen Stellenzuwachs fern ist. Dies hat in einer bundesweiten Betrachtung grundsätzlich zu einer Finanzierung von Phantompflegekräften geführt, ohne dass die Versorgung der Patient:innen am Bett sich real geändert hat. Dies hat zu rein finanziellen Konsequenzen für die Beitragszahler:innen geführt, ohne dass sich die Versorgung der Patient:innen verbessert hat. Eine Bereinigung dieser kalkulatorischen Fehlentwicklung ist im Gesetzestext nicht vorgesehen. Es ist eine kostenneutrale Klarstellung vorgesehen, ohne dass das die Fehlallokation von Beitragsmitteln seit der Einführung des Pflegebudgets nachträglich bereinigt wird.

Änderungsvorschlag

§ 17b Absatz 4 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird nach dem Wort „entwickeln“ ein Semikolon und werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2023 sind die Vorgaben des Absatzes 4a zu berücksichtigen; eine jährliche Normierung der Bewertungsrelationen des DRG-Katalogs hat eine Doppelfinanzierung aufgrund kalkulatorischer Personalverlagerung aus dem DRG-Bereich in das Pflegebudget ist auszuschließen.“ eingefügt.

Zu Artikel 3 Nr. 2

§ 17b Absatz 4a KHG (Grundsätze der Pflegesatzbildung) NEU

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene sollen eine eindeutige Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. April 2023 für die Pflege-satzzeiträume ab 2024 vereinbaren.

Bewertung

Es ist vorgesehen, dass neben der Krankenpflege und Krankenpflegehilfe auch weitere Berufsgruppen ausgegliedert werden können. Damit wird das Problem der strategieanfälligen Ausgliederung von Pflegekosten aus dem DRG-Bereich nicht eingegrenzt, sondern beibehalten.

Die vorgesehene Definition für die „Pflege am Bett“ ist überfällig und daher zu begrüßen.

Die Regelung sollte bereits in 2023 greifen können.

Änderungsvorschlag

Im Gesetzesvorschlag sollte die Jahresangabe „2024“ durch „2023“ und das Datum „30. April 2023“ durch „30. November 2022“ ersetzt werden.

Im Gesetzesvorschlag zu § 17b Absatz 4a Satz 3 Nr. 2 sind die Buchstaben d) bis f) zu streichen.

3. Ergänzendes Änderungsbedürfnis

Krankenhausentgeltgesetz

Beabsichtigte Neuregelung

§ 15 Absatz 3 Satz 3 KHEntgG wird wie folgt ersetzt:

~~Die Sätze 1 und 2 sind auch auf erstmalig vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 2 anzuwenden.~~ ^{3 NEU} Abrechnungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen nach § 6 Absatz 2 Satz 9 erfolgen abweichend von den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem jeweiligen Kostenträger.

In § 6 Absatz 2 KHEntgG werden nach dem Satz 6 folgende Sätze eingefügt:

^{7NEU}Für Arzneimittel mit einem Erstattungsbetrag nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist ein Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu vereinbaren. ^{8NEU}Abweichend von Satz 7 kann auch ein Entgelt unterhalb des Erstattungsbetrags vereinbart werden. Das Entgelt nach den Sätzen 7 und 8 gilt ab dem Geltungsbeginn des Erstattungsbetrags mit der Maßgabe, dass die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und dem tatsächlich gezahlten Entgelt kostenträgerspezifisch auszugleichen ist.

Begründung

- 1) Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5.12.2019 (Az 3 C 28.17) stellte fest, dass Krankenhäusern bei unterjähriger, erstmaliger Vereinbarung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ein Zahlungsbetragsausgleich nach § 15 Absatz 3 KHEntgG zusteht. Das mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vorgesehene Verfahren, den Ausgleichsbetrag für die vor der Vereinbarung erbrachten Leistungen gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Absatz 4 KHEntgG abzurechnen, ist aus Sicht des vdek weder für Krankenhäuser noch für Krankenkassen praktikabel. Stattdessen schlagen wir Verfahren zur kostenträgerspezifischen Abrechnung der NUB-Entgelte vor. Demnach können Krankenhäuser dem zuständigen Kostenträger das komplette NUB-Entgelt für eine Leistung in Rechnung stellen, sobald auf Ortsebene eine Vereinbarung hierzu vorliegt. Im Vergleich zum oben beschriebenen Ausgleichsverfahren über die Erlösausgleiche profitieren die Häuser somit von einer deutlich schnelleren Zahlung der Entgelte. Dies sollte insbesondere aufgrund der zunehmend sehr aufwändigen und kostenintensiven neuartigen Therapien (z. B. ATMP) im Arzneimittelbereich für die Liquidität der Häuser von Bedeutung sein. Die Krankenkassen hätten bei der nachträglichen Abrechnung den Vorteil, dass die Kostenzuordnung einzelner Leistungen nach dem Verursacherprinzip erfolgt.
- 2) § 78 Absatz 3 und 3a des Arzneimittelgesetzes (AMG) legen abschließend fest, dass pharmazeutische Unternehmer ein erstattungsbetragsgeregeltes

Arzneimittel höchstens zu einem Abgabepreis in Höhe des Erstattungsbetrages abgeben dürfen. Somit dürfen pharmazeutische Unternehmer erstattungsbetragsgeregelte Arzneimittel nicht zu einem Preis oberhalb des Erstattungsbetrages an Krankenhausapotheken bzw. krankenhausversorgende Apotheken verkaufen. Eine Herausforderung bei der Umsetzung des Erstattungsbetrages im stationären Sektor besteht darin, dass sich der Geltungszeitraum eines Erstattungsbetrages nicht notwendigerweise mit dem Geltungszeitraum des entsprechenden, mit dem Krankenhaus vereinbarten NUB-Entgelts decken muss. Bei der Vereinbarung einer NUB-Entgelthöhe orientieren sich die Vertragsparteien häufig an dem durch den pharmazeutischen Unternehmer jeweils gemeldeten Abgabepreis. Aufgrund der NUB-Systematik gilt dieser Preis dann jedoch für ein ganzes Jahr, obwohl in der Zwischenzeit im AMNOG-Verfahren mit einer entsprechenden und gegebenenfalls auch rückwirkend gültigen Preisänderung zu rechnen ist. Hieraus resultiert die Situation, dass innerhalb des Jahres der Gültigkeit des NUB-Entgelts Krankenkassen bei Abgaben im stationären Sektor zum Teil deutlich höhere Beträge zahlen als bei einer Abgabe des gleichen Arzneimittels im ambulanten Sektor. Darüber hinaus ist für den stationären Sektor auch kein Nacherstattungsverfahren geregelt. Aus Sicht des vdek sollte klargestellt werden, dass ab Geltungsbeginn der Erstattungsbetrag abzurechnen ist und die Differenz zum tatsächlich gezahlten Entgelt zurückzuerstatten ist.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 – 0

Fax: 030/2 69 31 – 2900

Politik@vdek.com