

**Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
zur Verbändebeteiligung des BMG am
13.07.2022**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur finanziellen
Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV Finanzstabilisierungsgesetz – GKV FinStG)
Stand des Entwurfs 30.06.2022**

12.07.2022

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 – 2299
info@bv.aok.de

**AOK Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	4
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs.....	7
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Nr. 1 § 4 SGB V Krankenkassen	7
Nr. 2 § 35a SGB V Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung	9
Nr. 3 § 85 SGB V Gesamtvergütung.....	10
Nr. 4 § 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	11
Nr. 5 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf bei Versicherten.....	12
Nr. 6 § 106b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	13
Nr. 7 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	14
Nr. 8 § 125a SGB V Entfristung der Heilmittel-Blankoversorgung.....	15
Nr. 9 § 130 SGB V Absatz 1a Apothekenabschlag.....	16
Nr. 10 § 130 Absatz 1a SGB V Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer.....	17
Nr. 11 § 130b SGB V Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung	18
Nr. 12 § 130e SGB V Kombinationsabschlag	22
Nr. 13 § 130f SGB V Solidaritätsabgabe pharmazeutischer Unternehmer.....	24
Nr. 14 § 132e SGB V Versorgung mit Schutzimpfungen.....	25
Nr. 15 § 167 SGB V Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen	26
Nr. 16 § 194a SGB V Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Krankenkassen.....	28
Nr. 17 § 199a Absätze 2, 3 und 5a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten	30
Nr. 18 § 219a SGB V Übernahme Behandlungskosten für ausländische Corona- Intensivpatienten.....	32
Nr.19 § 221 SGB V Beteiligung des Bundes an Aufwendungen.....	33
Nr. 21 § 242 SGB V Zusatzbeitrag.....	34
Nr. 22 § 260 SGB V Betriebsmittel	36

Nr. 23 § 267 SGB V Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	38
Nr. 24 § 271 SGB V Gesundheitsfonds.....	39
Nr. 25 § 272b SGB V Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023	41
Nr. 26 § 305 Absatz 3 Satz 1 SGB V Auskünfte an Versicherte	45
Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	46
Nr. 1 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets.....	46
Nr. 2 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene	49
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	50
Nr. 1-2 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	50
Artikel 6 Artikel Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	52
Inkrafttreten, Außerkrafttreten.....	52
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	53
Krankenhaus-Regelungen für stringentere und aktuelle Budgetverhandlungen.	53
Gesetzlicher Änderungsbedarf zur Ausgestaltung der Geltendmachung der Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V	56
Besondere Wahlrechte nach § 175 SGB V.....	58
Arzneimittel - Einführung eines Interimspreises als vorläufiger GKV-Abrechnungsbetrag	60

I. Zusammenfassung

Der vorgelegte Referentenentwurf der Bundesregierung zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wird entgegen seines ausdrücklichen Ziels nicht zu einer Konsolidierung der GKV-Finzen führen. Die geplanten Maßnahmen sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft in großen Teilen ungeeignet, die Finanzierungslücke der GKV mittel- und langfristig zu schließen. Das Maßnahmenpaket gibt der Solidargemeinschaft aus Versicherten und Arbeitgebern aber auch kurzfristig für das Jahr 2023 keine gesicherte Finanzperspektive und gefährdet die finanzielle Stabilität der GKV fundamental. Es ignoriert darüber hinaus erneut in eklatanter Weise die Entscheidungskompetenzen der von den Sozialpartnern getragenen Sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen.

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt es ausdrücklich, dass zur Schließung der Finanzlücke von mindestens 17 Milliarden Euro für das Jahr 2023 auf der Ausgabe Seite keine Leistungskürzungen oder erhöhte Eigenbeteiligungen für Patientinnen und Patienten vorgesehen werden, die insbesondere zu Lasten kranker Menschen und vulnerabler Versichertengruppen gegangen wären.

Das geplante Maßnahmenpaket weist jedoch eine gravierende Unwucht zu Lasten der Beitragszahlenden auf. Mehr als zwei Drittel - rund 12 Milliarden Euro - des für das Jahr 2023 prognostizierten Fehlbetrages müssen auf der Einnahmenseite in Form von Beitragssatzerhöhungen (4,8 Milliarden Euro), durch das fast vollständige Abschmelzen von Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen (4 Milliarden Euro), den Abbau der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds (2,4 Milliarden Euro) sowie durch das von den Beitragszahlenden zu refinanzierende Darlehen des Bundes an die Krankenkassen (1 Milliarde Euro) von der Solidargemeinschaft aufgebracht werden.

Der Einzug der Finanzreserven der Krankenkassen ist eine inakzeptable Belastung von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern und ein gravierender Eingriff in die Haushaltsautonomie der Sozialen Selbstverwaltung. Die erneute zwangsweise Abschöpfung der Rücklagen ist eine wiederholte Enteignung und stellt die Funktionalität des durch Krankenversicherungsbeiträge finanzierten Systems der GKV in Frage.

Die - nach dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) - abgesenkte Mindestrücklage auf eine Höhe von lediglich 0,2 Monatsausgaben ist für einen Ausgleich unterjähriger Schwankungen nicht ausreichend. Durch den erneuten Zugriff auf die Rücklagen werden die Kassen nah an diese viel zu geringe Untergrenze von 0,2 Monatsausgaben gedrängt - ausgehend von der KJ1 2021 wären das bei den AOKs 0,24 Monatsausgaben (Bandbreite rund 0,22 bis 0,26 Monatsausgaben) und in der gesamten GKV geschätzt 0,26 Monatsausgaben. Allein eine negative Finanzentwicklung in 2022 würde schon zur Unterschreitung der

Mindestrücklage und somit zu höheren Finanzbedarfen für das Jahr 2023 bei den betroffenen Krankenkassen führen.

Jede unterjährige Ausgabenschwankung oder Planungsabweichung beispielsweise im Schlussausgleich führt unmittelbar zur Notwendigkeit einer drastischen Anpassung des Zusatzbeitrages. Da Beitragsanpassungen aber nur zeitversetzt Wirkung entfalten, ist die Finanzierung der Haushaltsrisiken nicht sofort gesichert. Die Zahlungsunfähigkeit der betroffenen Krankenkassen ist damit weiterhin nicht ausgeschlossen.

Eine vorausschauende und solide Haushaltsführung durch die dafür haftenden Vorstände und Selbstverwaltungen in den gesetzlichen Krankenkassen ist unter diesen Umständen nicht möglich. Entsprechend sind eine Absenkung der Obergrenze für Rücklagen von 0,8 auf 0,5 Monatsausgaben und die in diesem Zusammenhang erneut verschärften Regelungen zum Verbot einer Anhebung des Zusatzbeitrages bzw. Gebot des Rücklagenabbaus durch Absenkung des Zusatzbeitrages bzw. die Zwangsabführung an den Gesundheitsfonds aus diesen Gründen abzulehnen.

Krankenkassen sind insolvenzfähig – die erneute Zwangsreduktion der Rücklagen ist mit den Anforderungen an die Insolvenzsicherheit in keiner Weise in Einklang zu bringen.

Am erneuten Eingriff in die finanzielle Autonomie der Krankenkassen - in der Gesetzesbegründung zum GPVG noch als „**einmalig**“ bezeichnet - gibt es zudem gravierende rechtliche Bedenken. Nach Auffassung der AOK verstößt der Eingriff - ungeachtet der Frage der Grundrechtsfähigkeit von Krankenkassen - gegen verfassungsrechtliche Vorgaben und verletzt die organisatorische bzw. finanzielle Selbständigkeit der Krankenkassen.

Der neben dem Gesetzentwurf geplante anteilige Bundeszuschuss in Form eines Darlehens an den Gesundheitsfonds in Höhe von 1 Mrd. Euro, welches im Jahr 2026 voraussichtlich von den Beitragszahlern zurückzuzahlen ist, steht im Widerspruch sowohl zu den Grundsätzen der umlagefinanzierten GKV als auch den Haftungs- und Insolvenzregelungen (aufoktroyierte Kreditaufnahme Fonds – Rückzahlungsverpflichtung Kassen bzw. Beitragszahler).

Wenn der Gesetzgeber an seinen Plänen festhält, kommt dies einem Systembruch in der gesetzlichen Krankenversicherung gleich. Die Funktionsfähigkeit der umlagefinanzierten GKV mit selbstverwalteten und für die Haushalte autonom verantwortlichen sowie insolvenzfähigen Körperschaften ist unter diesen Rahmenbedingungen massiv gefährdet.

Die Belastung der Beitragszahlenden im Jahr 2023 und darüber hinaus könnte vollständig vermieden werden, wenn der Bund auf der Einnahmenseite seiner Finanzierungsverantwortung für angemessene Krankenversicherungsbeiträge für ALG II-Leistungsbeziehende – wie auch im Koalitionsvertrag vereinbart – nachkommen würde. Dies gilt gleichermaßen auf der Ausgabenseite insbesondere bei den überhöhten Steuerabgaben auf Arzneimittel, von denen der Bundeshaushalt zu Lasten der Beitragszahlenden profitiert. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso die Solidargemeinschaft nach wie vor den vollen Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent auf Humanarzneimittel entrichten muss, während beispielsweise für Tierarzneimittel der reduzierte Mehrwertsteuersatz von 7 Prozent angewendet wird. Beide Maßnahmen zusammen würden die Finanzierungslücke der GKV um 15 bis 16 Mrd. Euro reduzieren.

Die im GKV-FinStG angekündigten Maßnahmen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben (Preismoratorium, erhöhter Apothekenabschlag, Weiterentwicklung des AMNOG, Sonderabgabe pharmazeutische Hersteller), die Rücknahme der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführten extrabudgetären Vergütung von Neupatientinnen und -patienten im vertragsärztlichen Bereich sowie die klare Abgrenzung der bei der Vereinbarung des Pflegebudgets im Krankenhaus zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten gehen aus Sicht der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich in die richtige Richtung.

Die Maßnahmen wirken allerdings zum Teil erst mit Zeitverzug und sind im Umfang noch ungenügend, um einen signifikanten und notwendigen Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Finzen beizutragen. Hierzu wären in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens echte Nullrunden sowohl bei der Preis- als auch bei der Mengenentwicklung notwendig. In Kombination mit einer Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel ließe sich mit diesen Maßnahmen auf der Ausgabenseite ein Einsparpotential von bis zu 10 Mrd. Euro realisieren.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 4 SGB V Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Anstieg der sächlichen Verwaltungsausgaben in der GKV soll im Haushaltsjahr 2023 auf 3 % gesetzlich begrenzt werden. Hiervon werden als Sondertatbestände die Teilnahme am Modellprojekt Online-Sozialwahlen sowie für die Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e SGB V ausgenommen.

B Stellungnahme

Die geplante Begrenzung ist weder sachgerecht, noch inhaltlich nachvollziehbar. Sie entfaltet zudem eine schädliche Wirkung und wird daher vollumfänglich abgelehnt.

Die angestrebte Begrenzung der sächlichen Verwaltungskosten betrifft originäre gesetzlich übertragene Tätigkeiten der Krankenkassen wie Aufklärung, Beratung und Erreichbarkeit/Ansprache der Versicherten über alle Kontaktwege (online, postalisch, Servicecenter). Dies betrifft inhaltlich bspw. die Informationspflichten über anzupassende Zusatzbeitragsätze nach § 175 SGB V. Zudem wirkt die Regelung direkt auf die durch Betriebs- und Unterhaltskosten laufend zu finanzierende Betriebsstruktur.

Sie ist der Höhe nach vor dem Hintergrund von Inflation, gestiegenen Transportkosten und Materialmangel sowie der kriegsbedingten Sondersituation bei den zu bezahlenden Nebenkosten für Strom, Wärme und Gas willkürlich und kontraproduktiv. Sie schränkt die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes ungerechtfertigt ein. Die genannten Faktoren sind von den Krankenkassen nicht beeinflussbar und könnten nur kompensiert werden, indem bei wenigen variablen Ausgabenbereichen wie Weiterbildung des Personals oder Arbeitsmaterial gespart wird.

Ausgenommen von der Deckelung der Verwaltungskosten, sind die Modellprojekte Onlinewahlen. Hier sind nicht nur die Kosten für Onlinewahlen von der Deckelung der Verwaltungskosten auszunehmen, sondern die Kosten für Sozialwahlen insgesamt. Eine vergleichbare Ausnahmeregelung zur Verwaltungskostendeckelung existierte bereits früher in § 4 Abs. 4 SGB V; u. a für die Durchführung von Sozialwahlen oder sonstige Fälle von „*unabweisbarem personellen Mehrbedarfs wegen durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben*“. Darüber hinaus sind Kosten durch Aufgaben, die durch das Lieferkettengesetz oder weitere Aufgaben durch neue Gesetze auf die gesetzlichen Krankenkassen zukommen, zu berücksichtigen.

Weiterhin müssten Ausnahmen zugelassen werden, wie z.B. wenn die Überschreitung auf vor dem 30.06.2022 geschlossenen Verträgen zur Anmietung wie z.B. von Flächen oder Gebäuden beruht, und die Anmietung weiterhin erforderlich ist, oder die Überschreitung aus anderen Gründen nicht vermeidbar ist. Infolge der zweiten

Vermögensabschöpfung per 01.01.2023 kommt es in Verbindung mit dem Defizitausgleich 2023 zu flächendeckenden Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes. Durch das Gebot der schriftlichen Information der Mitglieder gemäß § 175 SGB V entstehen unverhältnismäßige, durch die Kassen nicht vermeidbare Verwaltungsaufwände und -kosten.

Unklar ist zudem der angedachte Regelungsumfang. Als „sächliche Verwaltungskosten“ sind im Kontenrahmen der GKV ausschließlich die Ausgaben der Kontengruppe 71 bestimmt, während der Begründungsteil zu dieser Regelung weitere Ausgaben wie Prüfungskosten, Schiedsämter und Gerichts- und Verfahrenskosten sowie Kosten für Zulassungsausschüsse und Landesausschüsse (Kontengruppe 72 bis 75) hinzuzieht. Auch diese Ausgaben sind in der Höhe von den Krankenkassen nicht direkt beeinflussbar. Dass eine Krankenkasse nachteilige Honorarverhandlung akzeptiert, um keine Ausgaben für ein Schiedsamt auszulösen, ist sicherlich nicht Intention des Gesetzgebers.

Irritierend ist außerdem die geplante Verortung einer solchen Vorgabe für die Haushaltsplanung unter dem Kapitel Allgemeine Vorschriften und dort bei § 4 zur Strukturierung der GKV in einzelne Kassenarten. Die Regelung wäre hier sachfremd.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 1 zu § 4 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Nr. 2 § 35a SGB V Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Absatz 1 Satz 12

Die Umsatzschwelle für eine vollständige Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit einer Zulassung für die Behandlung seltener Erkrankungen soll von bisher 50 Mio. € auf nunmehr 20 Mio. € abgesenkt werden.

Zu Absatz 3

Es soll eine Neuregelung zur Deklaration von Kombinationstherapien durch den G-BA geben.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1 Satz 12

Die geplante Absenkung der Umsatzschwelle für Arzneimittel seltener Erkrankungen nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 1999 über Arzneimittel für seltene Leiden ist sehr zu begrüßen. Damit werden künftig deutlich mehr dieser Präparate nach Neuzulassung zeitnah einer vollständigen Nutzenbewertung unterzogen. Gleichwohl wäre eine vollständige Aufgabe der Regelung einer Umsatzschwelle sowohl im Sinne einer Verwaltungsvereinfachung als auch aus Gründen der Arzneimitteltherapiesicherheit sinnvoll: Denn auch mit einer reduzierten Umsatzschwelle muss deren Erreichen weiterhin einem Monitoring unterzogen werden, ab dem das vollumfängliche Nutzenbewertungsverfahrens startet. Insofern werden auch künftig doppelte Verfahren in ggf. sehr kurzer Zeitspanne nicht vermieden. Und auch aus Gründen der Evidenzsicherheit wäre es zielführender, wenn grundsätzlich alle neuen Arzneimittel der vollständigen Nutzenbewertung unterzogen werden. Insofern wäre zu erwägen, die Regelung zur Umsatzschwelle ganz zu streichen.

Zu Absatz 3

Die Regelung ist sehr zu begrüßen: Kombinationstherapien bei neuen Arzneimitteln haben in den letzten Jahren in immer stärkerem Maße überproportionale Kosten verursacht, ohne dass dem ein entsprechender Nutzen gegenüberstand. Mit der Einführung eines entsprechenden Kombinationsabschlags wird diesem Umstand künftig Rechnung getragen.

C Änderungsvorschlag

In § 35a Absatz werden die Sätze 11 und 12 gestrichen.

Nr. 3 § 85 SGB V Gesamtvergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Mit der Regelung wird die Erhöhung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen für das Jahr 2023 auf 0,75 Prozentpunkte weniger als die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 Abs. 3 begrenzt. Für das Jahr 2024 wird die Begrenzung auf 1,5 Prozentpunkte weniger als die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht. Ausgenommen hiervon sind Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchung.

b) Mit der Regelung wird wie die Erhöhung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen die zwischen den Vertragsparteien zu vereinbarende Veränderung der Gesamtvergütung für das Jahr 2023 auf 0,75 Prozentpunkte weniger als die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 Abs. 3 begrenzt. Für das Jahr 2024 wird die Begrenzung auf 1,5 Prozentpunkte weniger als die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 Abs. 3 SGB V erhöht. Ausgenommen hiervon sind Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchung (vgl. a)).

B Stellungnahme

Aufgrund des Sachzusammenhanges wird zu beiden Punkten gebündelt Stellung genommen. Die Regelung wird begrüßt. Die vorgeschlagene Regelung leistet einen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die im Entwurf genannten Beträge scheinen indes recht hoch angesetzt. Dies gilt insbesondere für das Jahr 2024. Sollten die genannten Beträge anvisiert werden, ist zu prüfen, ob die Begrenzung in der Form ausreicht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Nr. 4 § 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundes-
einheitliche Orientierungswerte**

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird ein Rechtsverweis auf weitere Regelungen angepasst.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf bei Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die bisherige extrabudgetäre Vergütung von sogenannten Neupatientinnen und -patienten wird bis zum 31. Dezember 2022 befristet. Die bisherige Regelung sieht vor, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihre erbrachten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet erhalten, wenn die Leistungen gegenüber einer Patientin oder einem Patienten erbracht werden, die oder der noch gar nicht oder für einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren nicht in der jeweiligen Arztpraxis vorstellig war.
- b) In der Folge der oben stehenden Änderung ergibt sich die Notwendigkeit der Kennzeichnung etwaiger Fälle nur bis zur oben genannten Frist. Die Kennzeichnungsfrist wird daher angepasst.
- c) Die Vergütung von Neupatientinnen und Neupatienten soll ab dem Jahr 2024 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen. Hierzu soll eine Rückbereinigung der basiswirksamen Bereinigung dieser Leistungen erfolgen. Der Bewertungsausschuss hat bis zum 30. November 2022 ein Verfahren hierzu zu beschließen.

B Stellungnahme

- a) Die Rücknahme der Regelung, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ins Gesetzblatt gekommen ist, ist richtig und sachgerecht. Die betroffene Regelung führt zu erheblichen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne dass sie nennenswert einen Beitrag zur Versorgung geleistet hat. Auch der vom Gesetzgeber intendierte Effekt ist in der Form nicht eingetreten. Zumindest hat sich keine Verbesserung der Wartezeit eingestellt. Die Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist daher richtig. Es stellt sich aber die Frage, ob dies nicht auf für weitere Konstellationen, die im Zusammenhang mit TSVG eingeführt worden sind, gilt.
- b) Die Änderung ist folgerichtig aus der Änderung in a).
- c) Die Verpflichtung der Entscheidung des Bewertungsausschusses über das Verfahren zur Rückbereinigung bis zur oben stehenden Frist ist sachgerecht und geboten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 106b SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Erhöhung des Sicherheitszuschlags für saisonale Grippeimpfstoffe wird für die Grippesaison 2022/2023 beibehalten.

B Stellungnahme

Die Regelung setzt die unwirtschaftliche Versorgung mit Influenza-Impfstoffen fort und ist abzulehnen. Die weiterhin bewusst angestrebte Überbevorratung mit Influenza-Impfstoffen zu Lasten der Versichertengemeinschaft ist nicht nur in Zeiten einer prekären Finanzsituation problematisch. Denn die fehlende Wirtschaftlichkeit im Umgang mit Impfungen, v.a. der Influenza-Impfung, widerspricht dem Grundprinzip des SGB V.

C Änderungsvorschlag

Streichung

Nr. 7 § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beinhaltet eine Klarstellung, indem die Anbindung der Vergütung für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der KSVPsych-RL gemäß § 92 Abs. 6b SGB V an den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorgegeben ist.

B Stellungnahme

Die Klarstellung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 125a SGB V Entfristung der Heilmittel-Blankversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist zum Abschluss der Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Die Aufhebung der Frist, bis zum 30. September 2021 Verträge zur erweiterten Versorgungsverantwortung zu schließen, ist angesichts des Zeitbedarfs für die vorgelegerten Schiedsverfahren sachgerecht. In diesem Zuge sollte aufgrund der Erfahrungen aus den bisherigen Schiedsverfahren auch klargestellt werden, dass der Antrag auf Einleitung eines Schiedsverfahrens nur von allen Leistungserbringerorganisationen gemeinsam gestellt werden kann, da auch im Schiedsverfahren nur ein für alle Verbände gemeinsam geltender Vertrag erzeugt werden kann.

C Änderungsvorschlag

Ergänzen, dass die das Schiedsverfahren auslösende Nichteinigung von den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer gemeinsam zu erklären ist.

Nr. 9 § 130 SGB V Absatz 1a Apothekenabschlag

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Stabilisierung der Ausgabenlast der Solidargemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird der Apothekenabschlag für die in Apotheken abgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel und Zubereitungen von aktuell 1,77 € auf 2,00 € für die Dauer von zwei Jahren erhöht.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung wird begrüßt. Angesichts der schwierigen Finanzsituation der GKV ist es legitim, dass auch die Apotheken in die Pflicht genommen werden, die Ausgabenlast zu mildern.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 § 130 Absatz 1a SGB V Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Preismoratorium soll über das Jahr 2022 hinaus bis zum 31. Dezember 2026 verlängert werden. Der Referentenentwurf sieht dabei eine Stabilisierung der Ausgaben für Arzneimittel in Höhe von mindestens 1,8 Milliarden Euro pro Jahr.

B Stellungnahme

Die Verlängerung des Preismoratoriums wird begrüßt. Damit werden die zu erwartenden Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich für den Bestandsmarkt zumindest limitiert. Eine Abschaffung wäre mit deutlichen finanziellen Risiken für die GKV verbunden, wie auch seitens des WIdO stetig dargelegt wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 11 § 130b SGB V Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1a

Künftig sollen verpflichtend auch mengenbezogene Aspekte in den Erstattungsbeitragsvereinbarungen enthalten sein.

Absatz 1b

Geplant ist die Berücksichtigung von Verwürfen oberhalb von 20 Prozent einer jeweiligen Packung im Erstattungsbetrag.

Absatz 3

Die Regelungen zur Festlegung des Erstattungsbetrags werden nach dieser Neufassung konkretisiert; dabei sollen Mehrkosten für neue Arzneimittel lediglich bei relevantem Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie vereinbart werden können – außer, bei dieser ist bereits der Patent- oder Unterlagenschutz abgelaufen. Für die Festlegung des Erstattungsbetrags sind konkrete Vorgehensweisen für verschiedene Fallkonstellationen vorgesehen. Dabei soll künftig auch wieder auf die wirtschaftlichste unter mehreren zweckmäßigen Vergleichstherapien abgestellt werden. Soweit ein patentgeschütztes, jedoch nicht nutzenbewertetes Arzneimittel als zweckmäßige Vergleichstherapie herangezogen wird, wird es mit 15 Prozent Abschlag auf die Jahrestherapiekosten berücksichtigt.

Absatz 3a

Es ist vorgesehen, eine Rückwirkung des Erstattungsbetrags zum 7. Monat vorzunehmen.

Absatz 7a

Die Kündigungsregelungen werden für eine zeitnahe Neujustierung der Erstattungsbetragsvereinbarungen aufgrund der mit dem Gesetz geplanten Anpassungen neu gefasst.

B Stellungnahme

Absatz 1a

Die Regelung ist zu begrüßen. Mit der Stärkung der Pflicht zur Vereinbarung werden künftig Skaleneffekte im Erstattungsbetrag besser abgebildet werden.

Absatz 1b

Die Regelung ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Unwirtschaftliche Packungsgrößen sind nicht nachhaltig, sie verschwenden Ressourcen und GKV-Gelder und verursachen unnötigen und teuer zu entsorgendem Müll. Insofern ist eine solche Regelung überfällig, mit der ein effektiver Anreiz für ressourcenschonende Arzneimittelpackungen gesetzt wird.

Gleichwohl regen wir eine noch umfassendere Regelung gegen die laufende Ressourcenverschwendung durch Verwürfe an: Denn die Begrenzung der Berücksichtigung von Verwürfen auf Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sowie eine „Bagatellgrenze“ von 20 Prozent für diese Zielstellung nicht förderlich. So liegen verworfenen Arzneimittelresten nicht nur unwirtschaftliche Packungsgrößen zugrunde, bei parenteral zubereiteten Fertigarzneimitteln können hierzu auch zu kurze Haltbarkeitsangaben für die nicht umgehend verwendeten Arzneimittelreste beitragen. Letzteres belegen Diskrepanzen in den Haltbarkeitsangaben zwischen bspw. europäischer und US-Zulassungen eines Arzneimittels, aber auch die z.T. deutlichen Abweichungen in der Fachliteratur wie der STABIL-Liste® gegenüber denen der Fachinformationen. Entsprechend wäre es sinnvoll, eine Regelung für alle Arzneimittel mit Verwürfen jeglicher Höhe zu treffen. Damit würde generell im Markt der Anreiz für passendere Packungsgrößen und Haltbarkeitsdaten für Zubereitungen bzw. Stammlösungen durch die verantwortlichen Hersteller gesetzt.

Zudem erscheint es nicht zielführend, die Preisminderung durch Verwurf als Teil einer Verhandlungslösung zum Erstattungsbetrag zu implementieren, in der der Hersteller selbst ggf. durch Verhandlungsgeschick diesen Betrag minimieren kann. Für eine solche Ressourcenverschwendung kann als grundsätzlicher Lösungsmechanismus die Kostenübernahme jeglicher nicht mehr weiterverarbeitbarer Ware durch die anbietenden pharmazeutischen Unternehmen dienen. Die Abrechnung könnte in einem schlanken Verfahren direkt zwischen einkaufenden Apotheken und den Herstellern analog dem Herstellerabschlag umgesetzt werden.

Sollte der Gesetzgeber aktuell keine solche umfassende Regelung anstreben, wäre zumindest in der gesetzlichen Regelung klarzustellen, dass der verwurfsbedingte Abschlag auf den Erstattungsbetrag rechnerisch festzulegen ist und nicht abgelöst werden kann.

Absatz 3

Die Regelungen für die angemessene Monetarisierung des Zusatznutzens werden durch die Neufassung konkretisiert; dies ist zu begrüßen. Auch das Abstellen auf die wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie ist angesichts der prekären Finanzlage der GKV ein angemessener Schritt zu wirtschaftlichen Prinzipien. Ebenso ist der neu vorgesehene Abschlag auf die anzusetzenden Jahrestherapiekosten für patentgeschützte Bestandsmarktarzneimittel als zweckmäßige Vergleichstherapie angemessen und zu begrüßen. Allerdings entsteht eine Regelungslücke, soweit es

sich bei der wirtschaftlichsten zweckmäßigen Vergleichstherapie um Arzneimittel ohne Patent- bzw. Unterlagenschutz handelt: In diesem Fall wird die Anwendung der vorgesehenen Regelungen nach § 130b Absatz 3 Nr. 1 und 3 (neu) ausgesetzt. Im Sinne der Regulationsintention wäre es jedoch sinnvoll, beide Fallkonstellationen weiter zu regeln: Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen anstelle des Abschlags nach Nr. 1 eine verpflichtende Obergrenze der Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie, für Arzneimittel mit nicht quantifizierbarem oder geringem Zusatznutzen unter Aussetzung von Satz 9 zumindest kein höherer Erstattungsbetrag als die Jahrestherapiekosten einer definierten zweckmäßigen Vergleichstherapie mit bestehendem Patent- bzw. Unterlagenschutz.

Absatz 3a

Der Einstieg in die Rückwirkung des Erstattungsbetrags ist sehr zu begrüßen – eine solche Regelung ist dringend notwendig und zudem überfällig. Tatsächlich ist die europaweit einzigartige Regelung, in Deutschland als GKV weiterhin initial jeden vom Hersteller geforderten Preis akzeptieren zu müssen, ein Relikt, welches nicht nur angesichts der prekären Finanzlage der GKV nicht mehr zeitgemäß ist. Auch wenn der Erstattungsbetrag künftig rückwirkend nach dem 6. Monat gelten soll, so bleibt unverständlich, dass weiterhin für die ersten 6 Monate der Wunschpreis des pharmazeutischen Herstellers zu akzeptieren sein wird. Es ist zu erwarten, dass die erwarteten „ökonomischen Verluste“ des 2. Halbjahrs vor feststehendem Erstattungsbetrag zuvor eingepreist werden. Entsprechend schlagen wir vor, die Rückwirkung des Erstattungsbetrags zum Markteinstieg einzuführen.

Dabei würde die Einführung des Interimspreises als vorläufiger Preis ab Marktzu- gang in Höhe der zweckmäßigen Vergleichstherapie, der zunächst bis zu seiner Rückabwicklung durch den Erstattungsbetrag angesetzt wird helfen, ungerechtfertigte Überzahlungen zu verhindern. Ein entsprechender Änderungsvorschlag wird im ergänzenden Änderungsbedarf formuliert.

Absatz 7a

Die Anpassung der Kündigungsregelungen ist angesichts der neuen Regelungsvorschläge angemessen.

C Änderungsvorschlag

§ 130b Absatz 1b SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

„(1b) 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 rechnerisch zu ermitteln und in Abzug zu bringen~~preismindernd zu berücksichtigen.~~“

§ 130b Absatz 3 (neu) wird wie folgt geändert:

Nummer 1 wird folgender Satz angefügt:

„Ist als wirtschaftlichste Alternative der zweckmäßigen Vergleichstherapie ein Wirkstoff bestimmt worden ist, zu dem Patentschutz und Unterlagenschutz weggefallen sind, darf der zu vereinbarende Erstattungsbetrag abweichend nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen als diese wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie.“

Nummer 3 wird folgender Satz angefügt:

„Sind nach § 35a Absatz 1 Satz 7 mehrere zweckmäßige Vergleichstherapien festgelegt worden und wurde als wirtschaftlichste Alternative der zweckmäßigen Vergleichstherapie ein Wirkstoff bestimmt, zu dem Patentschutz und Unterlagenschutz weggefallen sind, ist auf die wirtschaftlichste Alternative der zweckmäßigen Vergleichstherapie abzustellen, für die noch ein Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht.“

Die Sätze 9 und 10 werden gestrichen.

§ 130b Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

„Er gilt rückwirkend ab dem ~~siebten Monat nach dem~~ Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Wird auf Grund einer Nutzenbewertung nach Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart, gilt dieser rückwirkend ab dem ~~siebten Monat nach~~ Zeitpunkt der Zulassung des neuen Anwendungsgebiets. Wird auf Grund einer Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 Satz 12 oder nach § 35a Absatz 5 ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart, gilt Satz 3 entsprechend. In den Fällen, in denen die Geltung des für ein anderes Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff vereinbarten Erstattungsbetrags im Hinblick auf die Versorgung nicht sachgerecht wäre oder eine unbillige Härte darstellen würde, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem pharmazeutischen Unternehmer abweichend von Satz 1 insbesondere einen eigenen Erstattungsbetrag. Der darin vereinbarte Erstattungsbetrag gilt ebenfalls rückwirkend ab dem ~~siebten Monat nach dem~~ Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. In den Fällen des Satzes 2, 3, 4 oder 6 ist die Differenz zwischen Erstattungsbetrag und dem bis zu dessen Vereinbarung tatsächlich gezahlten Abgabepreis auszugleichen.“

Nr. 12 § 130e SGB V Kombinationsabschlag

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Es ist beabsichtigt, dass die Krankenkassen einen Abschlag in Höhe von 20 vom Hundert des nach Absatz 1 vereinbarten oder nach Absatz 4 festgesetzten Erstattungsbetrages erhalten, wenn das Arzneimittel in einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 35a Absatz 3 Satz 4 benannten Kombination eingesetzt wird. Der Kombinationsabschlag soll zusätzlich zum Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V anfallen.

Absatz 2

Zur Umsetzung sollen die Krankenkassen oder ihre Verbände Vereinbarungen zur Abwicklung des Kombinationsabschlages treffen. Dabei sollen u.a. die Abrechnungsdaten nach § 300 versichertenbezogen zusammengeführt werden.

B Stellungnahme

Die Intention der Regelung ist sehr zu begrüßen: Kombinationstherapien bei neuen Arzneimitteln haben in den letzten Jahren in immer stärkerem Maße überproportionale Kosten verursacht, ohne dass dem ein entsprechender Nutzen gegenüberstand. Mit der Einführung eines entsprechenden Kombinationsabschlages wird diesem Umstand künftig Rechnung getragen.

Dabei regen wir an, zur Vermeidung von Streitfällen und erleichterter, einheitlicher Umsetzung ein zentrales Regelwerk abzustimmen, dass entsprechende Kombinationen eindeutig definiert und bspw. von Therapiewechseln abgrenzt. Denn eine zwischen verschiedenen Krankenkassen inhaltlich heterogene Umsetzung dürfte kaum erfolgreich umsetzbar sein. Ein solches Regelwerk wäre vom GKV-Spitzenverband mit den entsprechenden Verbänden der pharmazeutischen Unternehmen abzustimmen und könnte ggf. durch dezentral zu treffende Vereinbarungen zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und pharmazeutischen Herstellern zum Abrechnungsverfahren ergänzt werden.

Zudem möchten wir darauf hinweisen: Aufgrund der freien Preisbildung und in Antizipation der möglichen Abschläge für ihr neues Präparat könnten pharmazeutische Hersteller jedoch einen erwarteten Abschlag bereits initial mit einpreisen. Damit würde sich im Ergebnis die Behandlung außerhalb von Kombinationen dementsprechend sogar überproportional verteuern. Denn in Erstattungsbetragsverhandlungen gelingt es bislang nur begrenzt, den initialen Effekt des überhöhten Markteinstiegspreises auszubügeln. Daher möchten wir (erneut) auf eine Ablösung der freien Preis-

bildung durch den Interimspreis hinweisen, der nach Festlegung des Erstattungs Betrags vollständig rückabgewickelt würde. Damit wäre eine Überzahlung effektiv unterbunden.

C Änderungsvorschlag

§ 130e Absatz 2 (neu) wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene vereinbaren bis zum [Einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Rahmenvereinbarung zur Abwicklung des Kombinationsabschlages nach Absatz 1. Krankenkassen oder ihre Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmen für die Abrechnung des Abschlages nach Absatz 1 ergänzende Regelungen treffen. Dabei dürfen die Krankenkassen die ihnen vorliegenden Arzneimittelabrechnungsdaten versichertenbezogen verarbeiten.“

Nr. 13 § 130f SGB V Solidaritätsabgabe pharmazeutischer Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Es ist beabsichtigt, dass Pharmaunternehmen im patentgeschützten Bereich in den Jahren 2023 und 2024 gemeinsam eine Solidaritätsabgabe in Höhe von jährlich 1 Milliarde Euro an den Gesundheitsfonds leisten. Danach soll der GKV-Spitzenverband die pharmazeutischen Unternehmen nach Anteil am Ausgabenvolumen der GKV für patentgeschützte Arzneimittel festsetzen und zur Solidaritätsabgabe auffordern. Dem GKV-SV steht dabei ein Auskunftsanspruch zu.

Absatz 2

Um unbillige Härten zu vermeiden, kann die Abweichung vom Solidaritätsbeitrag von pharmazeutischen Unternehmen ganz oder teilweise beantragt werden.

Absatz 3

Hier soll geregelt werden, wann die Bescheide gegenüber den pharmazeutischen Unternehmern für die Solidaritätsabgabe erlassen werden sollen. Dies soll für das Jahr 2023 bis zum 31. März 2023 und für die Solidaritätsabgabe des Jahres 2024 möglichst bis zum 31. März 2024 erfolgen. Der GKV-Spitzenverband soll die erhaltenen Beträge an das BAS nach noch zu bestimmenden Zeitpunkten gesammelt übersenden, damit diese dem Gesundheitsfond zugeleitet werden können.

B Stellungnahme

Ein Solidaritätsbeitrag der pharmazeutischen Unternehmen ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Dieser ist angemessen und angesichts der massiven Gewinne folgerichtig. Gleichwohl birgt der Regelungsvorschlag in seiner vorgesehenen Umsetzung komplexe Herausforderungen, hohe Verwaltungsaufwände und Umsetzungsrisiken.

Erheblich schlanker und verwaltungstechnisch ohne großen Mehraufwand durchführbar wäre die schlichte Anhebung des Herstellerabschlags.

C Änderungsvorschlag

§ 130f wird gestrichen.

§ 130a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 16 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer.“

Nr. 14 § 132e SGB V Versorgung mit Schutzimpfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die Preisäquivalenz bei der Erstattung von Impfkosten in neuen Verträgen mit Ärzten intendiert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen – sie wäre ebenso angemessen für die bislang nicht umfassten Verträge mit Apotheken nach § 132e Absatz 1a SGB V.

C Änderungsvorschlag

Anstelle der Ergänzung des § 132 Absatz 1 durch Satz 10 wird dieser als § 132e Absatz 3 (neu) eingeführt.

Nr. 15 § 167 SGB V Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 166 SGB V haften im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse die übrigen Krankenkassen für die daraus entstehenden Verpflichtungen. Die Neufassung von § 167 passt das Berechnungsverfahren zur Umlage der Haftungssumme auf die übrigen Krankenkassen dahingehend an, dass alle Finanzreserven oberhalb von 0,5 Monatsausgaben zur Umlage berücksichtigt werden können statt wie bisher Finanzreserven oberhalb von 1,0 Monatsausgaben. Reichen die Finanzreserve nicht aus, um die Haftungssumme zu decken, werden alle Finanzreserven oberhalb von 0,4 Monatsausgaben zur Umlage herangezogen (bisher oberhalb von 0,75 Monatsausgaben).

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt den geplanten Einzug der Finanzreserven der Krankenkassen vollumfänglich ab. Deshalb wird auch die Neufassung des § 167 abgelehnt. Die geplante Neufassung steht im Zusammenhang mit der geplanten Abführung von Finanzreserven nach § 272b. Allerdings ist zu beachten, dass nach Durchführung dieses Vermögenseinzugs zunächst wohl keine Krankenkasse mehr Finanzreserven oberhalb von 0,5 Monatsausgaben aufweisen wird. Und nach wiederholten rückwirkenden Zugriff auf die Rücklagen ist auch künftig davon auszugehen, dass Kassen keinen nennenswerten Rücklagen vorhalten werden und somit die Umlagemethode nach Absatz 2 Satz 1 und 4 kaum mehr zu relevanten Beträgen in der GKV führen wird. Insofern ist diese Regelung für absehbar eintretende Haftungsfälle faktisch obsolet. Der beschriebene Sachverhalt gilt auch für die Umlage von Finanzhilfen des GKV-Spitzenverbands nach § 164 Abs. 1. Die Umlageregelung ist in der Finanzhilfenordnung als Bestandteil der Satzung des GKV-Spitzenverbands beschrieben (vgl. § 13 Abs. 3 der Finanzhilfenordnung).

Die Tragfähigkeit der GKV für Haftungsrisiken wird durch die Abführung von Finanzreserven nach § 272b drastisch vermindert (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 25).

Durch das geplante Umsetzungsverfahren nach § 272b Absatz 2 SGB V und der Umlageberechnung für Haftungsverpflichtungen nach § 167 Absatz 2 und 3 kommt es zu einem technischen Fehler: Die geplante Neuregelung zur Verteilung von Haftungssummen nach § 167 sieht vor, dass jede haftende Krankenkasse ihre Finanzreserven oberhalb von 40 Prozent einer Monatsausgabe komplett abgeben muss, falls die Höhe der Haftungssumme dies erfordert. Maßgeblich zur Berechnung dieser Finanzreserven ist jeweils die letztgemeldete Vierteljahresrechnung (KV45). Gleichzeitig zieht das BAS im Jahr 2023 die Finanzierungsanteile der Krankenkassen (laut dem geplanten § 272b Absatz 2) in gleichen Tranchen von den monatlichen Fondszuweisungen ab.

Sollte es im Jahr 2023 unterjährig zu einem Haftungsfall kommen, wird die maßgebliche Vierteljahresrechnung noch nicht alle monatlichen Zuweisungskürzungen enthalten, sondern jeweils nur die Kürzungen bis zu ihrem Stichtag. In der Folge muss die betroffene Krankenkasse dieselben Finanzreserven zweimal abgeben: einmal zur Finanzierung des Gesundheitsfonds bis zum Jahresende 2023 und einmal sofort als Haftungsumlage.

Die Finanzreserven in der für die Haftungsumlage maßgeblichen Vierteljahresrechnung müssten um den Finanzierungsanteil nach § 272b SGB V gekürzt werden, der noch nicht durch monatlichen Abschlag auf die Fondszuweisungen abgeflossen ist. Der oben beschriebene Sachverhalt gilt auch für die Umlage von Finanzhilfen des GKV-Spitzenverbands nach § 164 Abs. 1. Die Umlageregelung ist in der Finanzhilfeordnung enthält als maßgebliche Größe zur Definition von Leistungsfähigkeit ebenfalls die Finanzreserven in der zuletzt vorgelegten Vierteljahresrechnung (vgl. § 13 Abs. 3 der Finanzhilfeordnung).

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Nr. 16 § 194a SGB V Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen bei den Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Durchführung der Online-Wahlen im Rahmen der Sozialwahlen 2023 werden um Bestimmungen ergänzt, die das Kostenumlage- und Erstattungsverfahren für Aufwendungen der teilnehmenden Krankenkassen konkretisieren. Mit der Regelung wird konkretisiert, welche der nachgewiesenen Kosten der am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen zur Vorbereitung und Durchführung der Online-Wahlen auf alle Krankenkassen umgelegt werden können. Hier zählen insbesondere Aufwendungen für die Ausschreibung und Beauftragung externer Dienstleistungen einschließlich von Kosten wissenschaftlicher und technischer Beratung sowie Sach- und Personalkosten der teilnehmenden Krankenkassen für Aufgaben, die in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 2 auf der Grundlage einer von dieser aufgestellten Projektplanung zur Vorbereitung und Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl wahrgenommen werden.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung erhält die Aufgabe, das Umlage- und Erstattungsverfahren für die Kosten des Modellprojekts der Online-Wahlen durchzuführen. Es wird ermächtigt, nähere Festlegungen zur Durchführung des Umlage- und Erstattungsverfahrens zu regeln. Diese Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen Konkretisierungen sind grundsätzlich sachgerecht. Allerdings sollten aufgrund der Kostenumlage auf alle Krankenkassen die bei dem Modellprojekt zur Online-Wahlen 2023 entstandenen wissenschaftlichen und technischen Leistungsergebnisse auch allen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Aus Gründen der besseren Transparenz sollte zudem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales stichtagsbezogen die nicht an den Modelvorhaben teilnehmende Krankenkassen über die bereits entstandenen Kosten informieren, damit diese Krankenkassen diese Kosten bereits für ihre Haushaltsplanungen für 2023 berücksichtigen können.

C Änderungsvorschlag

In § 194a werden Absatz 3 und 3a (neu) wie folgt ergänzt:

„(3) Die nachgewiesenen Kosten der am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen für die Vorbereitung und Durchführung der Stimmabgabe per Online-Wahl werden auf alle in § 35a Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches genannten Krankenkassen in ent-

sprechender Anwendung von § 83 Absatz 1 Satz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung umgelegt. **Diesen werden die entstandenen Kenntnisse und Leistungsergebnisse des Modellprojekts in geeigneter Form und zur eigenen Verwendung im Rahmen kommender Sozialwahlen vom Bundesamt für Soziale Sicherung zur Verfügung gestellt.**

(3a) Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die auf die einzelnen Krankenkassen nach Absatz 3 Satz 1 entfallenden Umlagebeträge fest, zieht diese von den Krankenkassen ein und erstattet den am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen ihre Kosten. Hierfür teilt der Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen dem Bundesamt für Soziale Sicherung die von ihm nach § 83 Absatz 1 Satz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung ermittelten Zahlen der wahlberechtigten Versicherten der einzelnen Krankenkassen mit. Die am Modellprojekt Online-Wahl teilnehmenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 2 haben dem Bundesamt für Soziale Sicherung die zur Durchführung des Umlage- und Erstattungsverfahrens nach Satz 1 erforderlichen Angaben zu machen. Für die Nachweise der Kosten der am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen gilt § 82 Absatz 4 der Wahlordnung für die Sozialversicherung entsprechend. Sach- und Personalkosten einer teilnehmenden Krankenkasse gelten in der Regel als nachgewiesen, soweit sie in Abstimmung mit der Projektplanung der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 2 Satz 2 angefallen sind und die Arbeitsgemeinschaft die Plausibilität der Kosten bestätigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Umlage- und Erstattungsverfahrens treffen; die Bestimmungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Zustimmung vorzulegen. **In diesen Bestimmungen ist auch festzulegen, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Krankenkassen spätestens bis zum 1.10.2022 über die bereits entstandenen und absehbaren weiteren Kosten informiert, damit die nicht am Modellprojekt teilnehmenden Krankenkassen diese Kosten in ihren Haushaltsplanungen für 2023 berücksichtigen können.**

Nr. 17 § 199a Absätze 2, 3 und 5a SGB V Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A Beabsichtigte Neuregelung

Anpassungen und Klarstellungen der gesetzlichen Grundlage für das elektronische Studenten-Meldeverfahren nach § 199a SGB V (Studenten-Meldeverfahren) zwischen den Krankenkassen und den Hochschulen.

- a) Absatz 2: Streichung des Geschlechtsmerkmals aus den Meldeinhalten
- b) Absatz 3: Klarstellung, dass bei einer Exmatrikulation im laufenden Semester, das konkrete Exmatrikulationsdatum zu melden ist
- c) Absatz 5a: Legitimation der Übermittlung der personenbezogenen Daten des Studenten zwecks Identifizierung, hier insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer.

B Stellungnahme

a) Das elektronische Studenten-Meldeverfahren ist seit dem 01.01.2022 sowohl für die Krankenkassen als auch für die Hochschulen verpflichtend. Da bis auf sehr wenige Ausnahmen die Hochschulen inzwischen am elektronischen Meldeverfahren teilnehmen, haben die Verfahrensbeteiligten festgestellt, dass die Angabe des Geschlechtsmerkmals im Datensatz zur Identifizierung des Studenten nicht benötigt wird. Daher kann unter der Maßgabe, dass personenbezogene Daten nur dann ausgetauscht werden sollten, wenn sie zur Verarbeitung der Meldungen zwingend erforderlich sind, das Geschlechtsmerkmal aus den Meldeinhalten gestrichen werden. Angesichts der damit einhergehenden technischen Anpassungen am Datensatz und der Hochschulinformationssysteme sowie der Krankenkassensoftwaresysteme ist eine Umsetzung zum Inkrafttreten des Gesetzes (laut Artikel 6 Tag der Verkündung) unrealistisch. Um den Verfahrensbeteiligten genügend Vorlaufzeit für die technische Umsetzung einzuräumen, ist ein späterer Zeitpunkt, frühestens der 01.07.2023 zielführend.

b) Vor dem Hintergrund, dass die studentische Krankenversicherung mit dem Ende des Semesters endet, für das sich der Student eingeschrieben oder zurückgemeldet hat, ist gleichwohl bei einer Exmatrikulation im laufenden Semester sicherzustellen, dass dem Sozialdatenschutz Rechnung getragen wird und keine weiteren Sozialdaten zwischen den Hochschulen und Krankenkassen ausgetauscht werden. Folgerichtig wird die Beschreibung des Feldinhaltes um diesen Sachverhalt erweitert.

c) Mit der Ergänzung des Absatzes 5a wird sichergestellt, dass die Identifizierung der Studenten im elektronischen Studenten-Meldeverfahren und damit die sichere

Zuordnung der Daten in die Bestandssysteme der Krankenkassen und der Hochschulen datenschutzkonform erfolgen kann. Damit wird eine Forderung der AOK-Gemeinschaft umgesetzt.

C Änderungsvorschlag

Zu Artikel 6 Absatz 3: Ergänzung des Inkrafttretens zum 01.07.2023 für die Streichung des Meldeinhalts „Geschlecht“

Nr. 18 § 219a SGB V Übernahme Behandlungskosten für ausländische Corona-Intensivpatienten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Übernahme der Behandlungskosten für ausländische Corona-Intensivpatienten durch den Bund wird über das bisherige Ende (31. Dezember 2021) bis zum 30. Juni 2022 verlängert. Die Regelung soll nahtlos an die bisherige Regelung anschließen, also rückwirkend mit Wirkung vom 01. Januar 2022 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr.19 § 221 SGB V Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 221 Absatz 1 wird um den zusätzlichen Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro für 2023 ergänzt.

B Stellungnahme

Technisch ist die Ergänzung folgerichtig, nur die Höhe des Betrages ist nach dem zusätzlichen Bundeszuschuss von 14 Mrd. Euro 2022 in keiner Weise ausreichend, um einen zielführenden Beitrag zur Schließung der Finanzierungslücke zu leisten. Der Bundeszuschuss sollte daher höher ausfallen bzw. der Bund sollte seiner Finanzierungsverantwortung für angemessene Krankenversicherungsbeiträge für ALG II-Leistungsbeziehende nachkommen und die Dynamisierung des Bundeszuschusses nach § 221 Absatz 1 SGB V umsetzen – wie auch im Koalitionsvertrag vereinbart.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 21 § 242 SGB V Zusatzbeitrag

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V verbietet es Krankenkassen, ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erhöhen, solange ihre Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 SGB V (Summe aus Betriebsmitteln, Rücklage sowie Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Vermögenswerten) 0,8 Monatsausgaben übersteigt. Die vorgeschlagene Neuregelung verschärft dieses Verbot dahingehend, dass der Zusatzbeitrag bereits ab einem Finanzvermögen von über 0,5 Monatsausgaben nicht erhöht werden darf.

Die Sonderregelung des Absatz 1a zum Haushalt 2021 wird aufgehoben, da sie zeitlich überholt ist.

B Stellungnahme

Der Zwangsabbau der Finanzreserven sowie das Verbot der Zusatzbeitragserhöhung wurden mit dem „Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der GKV (GKV-VEG)“ eingeführt und sind aus denselben Gründen weiterhin abzulehnen. Die AOK-Gemeinschaft lehnt die geplante Verschärfung des Zusatzbeitragserhöhungsverbots daher ebenfalls ab. Die Regelung steht im Zusammenhang mit der geplanten Absenkung der Obergrenze für Finanzreserven nach § 260 Absatz 1 SGB V und dem dadurch ebenfalls verschärften Zwangsabbau von Finanzreserven nach § 260 Absatz 2a SGB V (siehe Stellungnahme zu § 260).

Wechselwirkung zwischen einer Vielzahl von Regelungen zu Finanzreserven gefährden die finanzielle Stabilität der GKV:

Die Regelungen nach § 242 Absatz 1 Satz 4 und § 272b Absatz 1 entfalten im Rahmen der Haushaltsplanung von Krankenkassen eine gefährliche Wechselwirkung: Wenn eine Krankenkasse beispielweise sowohl in der Jahresrechnung 2021 (KJ1) als auch in der dritten Vierteljahresrechnung 2022 (KV45 III) Finanzreserven in Höhe von 0,51 Monatsausgaben ausweist, darf sie zum einen den Zusatzbeitrag in ihrem Haushaltsplan 2023 nicht erhöhen (§ 242 Absatz 1 Satz 4). Zum anderen muss sie bis zum Jahresende 2023 rechnerisch 0,25 Monatsausgaben an den Gesundheitsfonds abführen (vgl. Berechnungsverfahren nach § 272b Absatz 1 Nummer 1 und 2), sodass ihr bei einem sonst ausgeglichenen Finanzergebnis nur noch 0,26 Monatsausgaben Ende 2023 verbleiben. Gleichzeitig muss diese Krankenkasse jedoch die Steigerung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages von 0,3 Beitragssatzpunkten refinanzieren, die laut Eckpunkten des BMG vom 28.06.2022 für 2023 vorgesehen sind. In der GKV entsprechen 0,3 Beitragssatzpunkte mit Stand KJ1 2021 etwa 0,19 Monatsausgaben. Damit würde die Beispielkasse laut Haushaltsplan Ende 2023 die Mindestrücklage unterschreiten (siehe untenstehende Beispieltabelle).

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist das Verbot der Zusatzbetragserhöhung daher zu streichen.

Darstellung für eine Beispielkasse

	2021	2022	2023
Zusatzbeitrag	1,3% (GKV 1,3%)	1,3% (GKV 1,3%)	1,3% (GKV 1,6% ²)
Finanzreserven	0,51 MA¹	0,51 MA	0,51 MA - 0,26 MA durch Ab- bau nach § 272b - 0,19 MA³ durch Ver- bot der Erhöhung des Zusatzbeitrages = 0,06 MA

¹ MA = Monatsausgabe

² Laut den vom Bundesgesundheitsminister angekündigten Eckpunkten zur Finanzierung des GKV-Defizits 2023 vom 28.06.2022 wird u.a. der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitragssatz im Jahr 2023 um 0,3 Beitragssatzpunkte ansteigen.

³ 0,3 Beitragssatzpunkte entsprechen im GKV-Durchschnitt ca. 0,19 Monatsausgaben (Stand 2021)

C Änderungsvorschlag

§ 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V wird gestrichen.

Nr. 22 § 260 SGB V Betriebsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 260 Absatz 2 legt die Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen (Summe aus Betriebsmitteln, Rücklage sowie Geldmittel zur Erneuerung und Anschaffung von Verwaltungsvermögen) fest. Finanzreserven, die diesen Betrag überschreiten, müssen nach Absatz 2a abgebaut werden.

Die vorliegende Neuregelung zu Absatz 2 senkt diese Obergrenze auf das 0,5-fache einer Monatsausgabe ab, in der Folge müssen auch die Finanzreserven noch weiter abgeschmolzen und die Zusatzbeitragsätze ggf. noch weiter abgesenkt werden. Die Anpassung von Absatz 2a führt dazu, dass die Finanzreserven bei Überschreitung der Obergrenze innerhalb von zwei Jahren statt wie bisher innerhalb von drei Jahren abgebaut werden müssen.

Absatz 4 regelt, dass Betriebsmittel und Rücklagen, die die Obergrenze überschreiten, in den Gesundheitsfonds abgeführt werden müssen, wenn sie nicht innerhalb der Frist nach Absatz 2a abgebaut wurden. Die Neufassung enthält die Erweiterung, dass dabei auch die Geldmittel zur Erneuerung und Anschaffung von Verwaltungsvermögen zu berücksichtigen sind. Maßgeblich für die Abführung ist die jeweilige Jahresrechnung (KJ1). Zudem wird den Aufsichtsbehörden die Feststellung und Bescheidung der Vermögensabführung an den Gesundheitsfonds übertragen.

B Stellungnahme

Zu Absatz 2 und 2a

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die geplante Begrenzung der zulässigen Finanzreserven sowie den Zwangsabbau der Finanzreserven und das Verbot der Zusatzbeitragserhöhung vollumfänglich ab.

Die vorgesehene Absenkung der Obergrenze der zulässigen Finanzreserven auf 0,5 Monatsausgaben – die bereits durch das „Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GKV-GPVG)“ von 1,0 auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt wurde – gefährdet vollends die Funktionalität des durch Krankenversicherungsbeiträge umlagefinanzierten Systems der GKV. Die Finanzreserven sind als finanzielle Reserve für den periodenübergreifenden Ausgleich unterjähriger Einnahmen- oder Ausgabenschwankungen vorgesehen und müssen in ausreichender Höhe vorhanden sein.

Bereits im Laufe des Jahres 2022 droht der GKV der Eintritt großer finanzieller Risiken wie insbesondere die Folgen des Ukraine-Kriegs, die Inflation (Inflationsausgleiche für Leistungserbringer und Beschäftigte), die Gefahr eines Einbruchs der Wirtschaft sowie weitere Pandemiewellen. Im Jahr der erneuten Vermögensabführung

kommen weitere Finanzrisiken auf die GKV zu. Zu beachten ist dabei, dass es sich bei den Risiken für eine *einzelne* Krankenkasse – anders als von der Politik immer wieder behauptet – eben nicht nur um Ausgaberisiken handelt, sondern seit dem GKV-FKG auch Elemente in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eingeführt wurden, deren finanzielle Wirkung kaum vorhersagbar ist und erst mit dem Jahresschlussausgleich feststeht (z.B. Regionalkomponente nach § 266 Absatz 2 SGB V und die „HMG-Bremse“ nach 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V). Eine vorausschauende und solide Haushaltsführung durch die dafür haftenden Vorstände und Selbstverwaltungen in den Krankenkassen ist unter diesen Umständen nicht mehr möglich.

Bzgl. der kritischen Wechselwirkungen der diversen Regelung wird auf die Ausführungen zu § 242 SGB V verwiesen.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die weitere Absenkung der Obergrenze der zulässigen Finanzreserven sowie die verschärfte Regelung zum Abbau der die abgesenkte Obergrenze überschreitenden Rücklagen ab.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Nr. 23 § 267 SGB V Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird ein Rechtsverweis auf weitere Regelungen angepasst.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 24 § 271 SGB V Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Im Absatz 2 wird die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 50% auf 25 % einer Monatsausgabe abgesenkt. Gleichzeitig wird festgelegt, dass etwaige - die Obergrenze überschreitende - Mittel vollständig in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr überführt werden. Überschüssige Mittel des Gesundheitsfonds werden damit dauerhaft an die Krankenkassen als zusätzliche Zuweisungen ausgeschüttet.

b)

Mit dem neuen Absatz 8 wird beabsichtigt, die mit dem neuen § 4 Absatz 5 vorgesehene Begrenzung der Steigerung der sächlichen Verwaltungsausgaben in der GKV im Haushaltsjahr 2023 auf 3 % und in Höhe von 25 Millionen Euro mindernd auf die Zuweisungen der Krankenkassen für Verwaltungskosten anzuwenden und der Liquiditätsreserve zuzuführen.

B Stellungnahme

a)

Durch die Absenkung der Liquiditätsreserve werden Beitragsmittel der Solidargemeinschaft zur Beseitigung des GKV-Defizites herangezogen. Diese zusätzliche Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler wird abgelehnt.

Eine Reduktion der Liquiditätsreserve darf nicht zum notdürftigen Stopfen von Finanzlöchern zweckentfremdet werden.

b)

Die Einführung eines neuen § 4 Absatz 5 wird abgelehnt, daher gilt dies auch für die hier vorgesehene Folgeregelung (vgl. Stellungnahme Art. 1 Nr. 1). Der neue Absatz 8 zu § 271 wäre entsprechend zu streichen. Die Streichung des kompletten Absatz 8 ist auch bei Einführung von § 4 Absatz 5 sinnvoll, damit die entsprechenden Mittel noch in den Zuweisungen des Jahres 2023 zur Finanzierung der Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen und nicht in die Liquiditätsreserve überführt werden.

In jedem Fall notwendig ist die Streichung des zweiten Satzes von Absatz 8, denn dieser führte zu einer doppelten Bereinigung der Zuweisungen für Verwaltungskosten. Mit der Begrenzung der Steigerung in der GKV für 2023 auf 3 % wird in den sächlichen Verwaltungsausgaben eine Einsparung von 25 Millionen Euro realisiert. Die Summe der Verwaltungsausgaben inkl. dieser realisierten Einsparung ist aber gleichzeitig auch die Basis für die Berechnung der Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 für das Jahr 2023. Eine zusätzliche Bereinigung der auf Basis der

tatsächlichen und bereits reduzierten Ausgaben ermittelten Zuweisungen in Satz 2 kommt einem doppelten Abzug gleich und darf so nicht erfolgen.

Während an dieser Stelle die Berücksichtigung der Einsparungen in den Zuweisungen der Krankenkassen in 2023 geregelt werden sollen, fehlt dies für die in diesem Gesetz vorgesehenen zusätzlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds. Diese sind daher im § 271 Abs. 1 Satz 1 zusätzlich aufzuführen.

C Änderungsvorschlag

a)

Keiner

b)

Die neue Regelung in Absatz 8 ist ersatzlos zu streichen.

Sollte die Reduzierung der Zuweisungen in 2023 zugunsten der Liquiditätsreserve erfolgen:

In Absatz 8 ist Satz 2 zu streichen.

Zusätzlich ist § 271 Abs. 1 Satz 1 wie folgt zu ergänzen:

6. dem Darlehen nach § 12 Abs. 4 Satz 1 Haushaltsgesetz 2023,

7. den von den pharmazeutischen Unternehmen geleisteten Solidaritätsabgaben nach § 130f

Nr. 25 § 272b SGB V Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2023 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zugeführt. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit diesem Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen – ähnlich wie bereits im § 272 SGB V betreffend das Jahr 2021 – den Anstieg des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu begrenzen, ohne die dafür notwendigen Bundesmittel zur Verfügung stellen zu müssen. Die Mittel von ca. 4 Mrd. Euro kommen rechnerisch zustande, indem 90 % der Finanzreserven oberhalb von 0,3 Monatsausgaben und 65 % der Finanzreserven zwischen 0,2 und 0,3 Monatsausgaben eingezogen werden. Stichtag für diese Berechnung ist die Jahresrechnung 2021 (KJ1).

Absatz 2 regelt das Verfahren der Geltendmachung der nach Absatz 1 auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge: Das BAS erlässt Bescheide gegenüber den einzelnen Krankenkassen über die Höhe der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzreserven und verrechnet diesen Betrag mit den monatlich an die Krankenkassen auszahlenden Fondszuweisungen.

Absatz 3 präzisiert das Berechnungsverfahren im Falle von Kassenvereinigungen bis zum 30.06.2022 bzw. ab 01.07.2022.

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt den geplanten Einzug der Finanzreserven der Krankenkassen vollumfänglich ab. Deshalb wird auch das Verfahren zur Geltendmachung der jeweiligen Beträge sowie die monatliche Verrechnung mit den Zuweisungen abgelehnt.

Zu Absatz 1

Drohende Zahlungsunfähigkeit gilt als Insolvenztatbestand

Die bereits durch das „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ (GKV-FKG) abgesenkte Mindestrücklage auf eine Höhe von nun lediglich 0,2 Monatsausgaben ist für einen Ausgleich unterjähriger Schwankungen nicht ausreichend. Durch den erneuten Rückgriff auf die Rücklagen werden die Kassen nah an diese viel zu niedrige Untergrenze von 0,2 Monatsausgaben herangeführt - ausgehend von der KJ1 2021 bei den AOKs auf 0,24 Monatsausgaben (Bandbreite 0,22 bis 0,26 Monatsausgaben) und die gesamte GKV auf geschätzt 0,26 Monatsausgaben. Allein eine negative Finanzentwicklung in 2022 wird schon zur Unterschreitung der Mindestrücklage und somit zu höheren Finanzbedarfen in 2023 führen. Bereits im Laufe des Jahres 2022 droht der GKV der Eintritt großer finanzieller Risiken wie die Folgen des Ukraine-Kriegs, die Inflation (Inflationsausgleiche für Leistungserbringer und Beschäftigte) und die Gefahr eines Einbruchs der Wirtschaft sowie weitere Pandemiewellen. Da Finanzreserven bereits heute nur noch eingeschränkt vorhanden sind, führt bei einer Krankenkasse jegliche unterjährige Ausgabenschwankung oder Planungsabweichung beispielsweise im Jahresschlussausgleich (Morbi-RSA) oder bei der Versichertenanzahl

unmittelbar zur Notwendigkeit einer drastischen Anpassung des Zusatzbeitragsatzes. Denn wenn sich eine Kasse mit Rücklagen i.H.v. 0,26 MA in der Planung der jahresbezogenen Einnahmen und Ausgaben nur um 1% verschätzt hat, liegt ihre Finanzreserve bereits unter der Mindestrücklage.

Dazu folgende Relationen:

- 0,2 Monatsausgaben entsprechen lediglich 1,7 % der Gesamtausgaben.
- Den AOKs verbleiben im Mittel Rücklagen lediglich in Höhe von 0,24 Monatsausgaben. Die Differenz zur Mindestrücklage in Höhe von 0,04 Monatsausgaben entspricht lediglich 0,33% der Gesamtausgaben.

Soll eine Unterschreitung der Mindestrücklage oder gar ein nicht unwahrscheinlicher Verlust der Mindestrücklage abgewendet werden, sind die Zusatzbeiträge zu erhöhen. Dabei ist zu beachten, dass die finanzielle Wirkung der Anhebung des Zusatzbeitragsatzes zum einen nur zeitversetzt nach einigen Monaten eintritt und diese Maßnahme zum anderen denjenigen Kassen erschwert wird, die bereits deutlich über dem GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz liegen. Scheitert die Finanzierung dieser Risiken, droht den betreffenden Krankenkassen die Zahlungsunfähigkeit. Dies kann unmittelbare Auswirkung auf die Begleichung von Krankenhausrechnungen und damit auf die Liquidität der Krankenhäuser haben.

Die Möglichkeit freiwilliger finanzieller Hilfen zwischen Krankenkassen einer Kasenart ist durch das GKV-FKG mit Wirkung zum 01.04.2020 entfallen. Vorrübergehende finanzielle Hilfen durch den GKV-Spitzenverband nach § 164 SGB V stützen sich jedoch auch auf Finanzreserven anderer Krankenkassen (siehe Finanzhilfenvereinbarung in der Satzung des GKV-SV), sodass Finanzhilfen für eine Kasse wiederum andere Kassen in eine Notlage bringen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) wurde zum 01.01.2010 die Insolvenzfähigkeit auch auf landesunmittelbare Krankenkassen ausgedehnt sowie die Geltung der Insolvenzordnung (InsO) - nach näherer Maßgabe ergänzender sozialrechtlicher Vorschriften - auf Krankenkassen erweitert. Seit der Einführung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen besteht auch eine strafbewehrte Anzeigepflicht von Krankenkassenvorständen. Nach § 160 Absatz 2 SGB V sind die Insolvenzgründe Überschuldung, Zahlungsunfähigkeit oder drohende Zahlungsunfähigkeit. Es ist daher zu erwarten, dass mit Inkrafttreten des GKV-FinStG die Aufsichten mit Anzeigen drohender Zahlungsunfähigkeit konfrontiert werden.

Der Einzug von Finanzreserven der Krankenkassen kommt einer Enteignung der Beitragszahler gleich

Der Einzug der Finanzreserven ist eine inakzeptable Belastung von Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern. Die GKV-Mitglieder und Arbeitgeber haben in Zeiten der Pandemie einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung und zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben geleistet. Auch die noch vorhandenen Rücklagen wurden in den Vorjahren von den Beitragszahlerinnen

und Beitragszahlern der jeweiligen Kassen aufgebracht. Es ist abzulehnen, dass diese nun erneut zur Finanzierung des in 2023 prognostizierten GKV-Defizits verwendet werden sollen, obwohl im Jahr 2021 bereits 8 Mrd. EUR von den Finanzreserven der Krankenkassen zur Stützung des Gesundheitsfonds eingezogen wurden. Die erneute zwangsweise Abschöpfung der Rücklagen ist eine erneute Enteignung und stellt die Funktionalität des durch Krankenversicherungsbeiträge umlagefinanzierten Systems der GKV in Gänze in Frage. Kassen sind insolvenzfähig – die erneute Zwangsreduktion der Rücklagen ist mit den Anforderungen an Insolvenzsicherheit in keiner Weise in Einklang zu bringen. Wenn der Gesetzgeber an seinen Plänen festhält, bedeutet dies einen Wandel in eine gänzlich andere gesetzliche Krankenversicherung. Die Funktionsfähigkeit der GKV mit selbstverwalteten und für die Haushalte autonom verantwortlichen sowie insolvenzfähigen Körperschaften ist unter diesen Rahmenbedingungen massiv gefährdet. Eine vorausschauende und solide Haushaltsführung durch die dafür haftenden Vorstände und Selbstverwaltungen in den Krankenkassen ist vor diesem Hintergrund kaum mehr möglich. Das drohende GKV-Defizit für 2023 ist das Ergebnis einer ausgabenintensiven Gesundheitspolitik der letzten Jahre und struktureller Fehler auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite der GKV. Das Defizit ist nicht etwa Ausdruck unsolider Haushaltsführung durch die Kassen. Die Politik muss daher die Verantwortung für das GKV-Defizit vollständig übernehmen und durch einen entsprechenden Finanzierungsanteil des Bundes nachhaltig absichern.

Der Einzug der Finanzreserven ist nicht nachhaltig; stattdessen drohen unkontrollierte Haftungsfälle und ein verfassungswidriger Eingriff in die Selbstverwaltung. Neben der ungerechten Belastung der Beitragszahler stellt der geplante Einzug der Finanzreserven gleichzeitig einen massiven Eingriff in die Haushaltsautonomie der Kassen und eine weitere Entmündigung der von den Sozialpartnern getragenen Selbstverwaltung dar. Er steht im Widerspruch zu dem durch Art. 87 Abs. 2 GG vorgegebenen Körperschaftsstatus der gesetzlichen Krankenkassen als soziale Versicherungsträger, der – vom Bundesgesetzgeber durch § 4 Abs. 1 SGB V und § 29 Abs. 1 SGB IV anerkannt – ein Recht auf Selbstverwaltung impliziert.

Der Griff in die Reserven der Krankenkassen beschädigt das Vertrauen in eine seriöse Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Für die Selbstverwaltung erschwert dieses Vorgehen eine verantwortungsvolle Steuerung der Krankenkassenhaushalte. Solide Finanzentscheidungen im Sinne der Beitragszahler sind unter diesen Rahmenbedingungen nicht zu gewährleisten.

Die Finanzreserven der GKV sind entsprechend der Neuregelung des Haftungssystems durch das GKV-FKG dafür vorgesehen, Insolvenzen und Schließungen von Krankenkassen zu verhindern und – sollte es dazu kommen – für die daraus entstehenden Verpflichtungen zu haften, so dass Versicherten und Leistungserbringern kein Schaden entsteht (vgl. §§ 163 ff. SGB V). Genau diese notwendigen finanziellen Puffer werden nun durch den erneuten Zugriff auf die Rücklagen der Krankenkassen

über die bereits in 2021 mit dem GKV-GPVG erfolgte Absenkung auf ein unverantwortliches Minimum reduziert. Während das Risiko für Haftungsfälle signifikant ansteigt, sinkt gleichzeitig die Risikotragfähigkeit der GKV. Ein einzelner Haftungsfall in der GKV kann bereits zu Dominoeffekten bei anderen Krankenkassen führen. Je näher die verfügbaren Rücklagen an 0,2 einer Monatsausgabe heranrücken, desto gefährdeter ist die betroffene Krankenkasse, zu einem vorübergehenden Finanzhilfe-Fall beim GKV-SV oder gar zu einem Haftungsfall zu werden. Je mehr Krankenkassen durch den Gesetzgeber in diese Situation gebracht werden, desto wahrscheinlicher ist die gesamte Solidargemeinschaft mit den Finanzhilfe- bzw. Haftungsfällen finanziell überfordert.

Dieser Eingriff in die finanzielle Autonomie der Krankenkassen - in der Gesetzesbegründung zum GPVG noch als „einmalig“ bezeichnet - ist zudem gravierenden rechtlichen Bedenken ausgesetzt. Die mit dem GPVG erfolgte Neufassung des § 272 SGB V wurde von Krankenkassen (u. a. alle AOKs) durch Klageverfahren einer gerichtlichen Klärung zugeführt. Nach Auffassung der AOK verstößt der Eingriff – ungeachtet der Frage der Grundrechtsfähigkeit von Krankenkassen – gegen verfassungsrechtliche Vorgaben und verletzt die organisatorischen bzw. finanziellen Selbständigkeit der Krankenkassen. Diese Rechtsauffassung wird auch von dem renommierten Verfassungs- und Sozialrechtlicher, Prof. Dr. Rixen (Institut für Staatsrecht, Universität Köln) vertreten. Das entsprechende Rechtsgutachten (im Auftrag der AOK Plus und AOK Hessen) ist aktuell in die anhängigen Klageverfahren beim LSG Nordrhein-Westfalen eingeführt worden. Vergleichbare Argumentationsansätze finden sich bereits in der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Das BSG hat in einem Urteil vom 18. Mai 2021 die seinerzeit gesetzlich angeordnete Finanzierung der BzGA durch Gelder der Krankenkassen als verfassungswidrig angesehen. Denn nach Auffassung des BSG *„setzt die verfassungsrechtlich vorgegebene organisatorische Selbstständigkeit der Sozialversicherung auch der Verwendung und dem Transfer von Mitteln der Sozialversicherung Grenzen.“*

Zu Absatz 2

Da die AOK-Gemeinschaft den geplanten Einzug der Finanzreserven der Krankenkassen vollumfänglich ablehnt, wird auch das Verfahren zur Geltendmachung der jeweiligen Beträge sowie die monatliche Verrechnung mit den Zuweisungen abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1

Die vorgesehene Regelung ist vollständig zu streichen.

Zu Absatz 2

Die vorgesehene Regelung ist vollständig zu streichen.

Nr. 26 § 305 Absatz 3 Satz 1 SGB V Auskünfte an Versicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 305 Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Sie sind verpflichtet, ihre Versicherten regelmäßig über die Möglichkeit zu informieren, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung der in § 75 Absatz 1a Satz 3 genannten Aufgaben in Anspruch zu nehmen.“

B Stellungnahme

Das Ziel, Terminservicestellen bekannter zu machen, wird grundsätzlich unterstützt. Die aktuelle Formulierung „regelmäßig“ könnte dahingehend interpretiert werden, dass eine flächendeckende und wiederholte Information der Versicherten v.a. über Mitgliedermagazine oder Versichertenanschreiben zu erfolgen hat. Diese Form der Information als ausschließliches Medium wird als nicht zweckmäßig und ineffektiv abgelehnt – sie steht im Widerspruch zur verstärkten Nutzung digitaler Kommunikationskanäle durch die Versicherten und zur geplanten Deckelung der Verwaltungskosten.

Zweckmäßigkeit: Den Krankenkassen sollten mehr Freiheitsgrade dazu eingeräumt werden, wie die Information zu Terminservicestellen den Versicherten zum richtigen Zeitpunkt („Point of need“) bereit gestellt werden kann. Hier bieten sich neben der Kommunikation über Printmedien z.B. Online-Formate wie z.B. die digitalen Plattformen der Krankenkassen, medizinische Hotlines oder die Beratungen im Kundencenter an.

C Änderungsvorschlag

Das Wort „regelmäßig“ im neuen Satz 2 des § 305 Abs. 3 wird durch die Wörter „in geeigneter Weise“ ersetzt:

„Sie sind verpflichtet, ihre Versicherten ~~regelmäßig~~ in geeigneter Weise über die Möglichkeit zu informieren, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung der in § 75 Absatz 1a Satz 3 genannten Aufgaben in Anspruch zu nehmen.“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung des § 6a aufgrund der Änderung des § 17b KHG.

B Stellungnahme

Die Regelung ist im Hinblick auf die vorgeschlagenen Änderungen des § 17b KHG sachgerecht und wird begrüßt. Vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 1-2.

Der Vorschlag zur Änderung des § 17b KHG greift allerdings erst ab dem Jahr 2024, sodass der Verhandlungsstau der Vereinbarungsjahre 2020 bis 2023 kurzfristig nicht behoben werden kann. Die bestehenden Verwerfungen für die Liquidität und Finanzierung von Kliniken und Krankenkassen werden damit nicht gelöst. Kurzfristig müssen daher zusätzlich inhaltliche (materiell-rechtliche) Lösungsansätze umgesetzt werden, die pragmatische Verhandlungen auf der Ortsebene gerade bei den streitbehafteten Themen der Nachweise über die Pflegeentlastenden Maßnahmen und der Finanzierung von Personalkosten für „sonstige Berufe“ und Personal ohne Berufsabschluss ermöglichen. In beiden Bereichen sind die gesetzlichen Grundlagen für die Vereinbarung auf der Ortsebene schwammig und daher hoch konfliktär.

1. Sonstige Berufe und Personal ohne Berufsabschluss

Sonstige Berufe (bspw. Physiotherapeuten/-innen, Ergotherapeuten/-innen, Logopäden/-innen und Hebammen/Entbindungspfleger) und Personal ohne Berufsabschluss betreffen nur einen vergleichsweise geringen Anteil der Kosten im Pflegebereich, aber sind, auf Basis der geltenden gesetzlichen Regelungen, kaum trennscharf dem Pflegebudget (und damit der Pflege am Bett) bzw. den Fallpauschalen zuordenbar. Sie werden im Krankenhaus in unterschiedlichsten Bereichen eingesetzt – nicht nur für die Pflege am Bett. Gleichzeitig besteht nach aktueller Gesetzeslage die Notwendigkeit in den Verhandlungen vor Ort einerseits a) eine Zuordnung von Kosten entsprechend der hausindividuellen Betriebsorganisation der Klinik zu erreichen, die b) gleichzeitig kongruent zur Pflegeausgliederung auf Bundesebene ist (d. h. der Abbildung von Kosten im Pflegeerlöskatalog bzw. aDRG-Katalog) und somit eine Doppelfinanzierung vermeidet.

Zur Umsetzung sieht das Gesetz vor, dass eine Klinik in dem Umfang Kosten für die genannten Personalgruppen im Pflegebudget ansetzen kann, das dem Niveau des Personaleinsatzes im Jahr 2018 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (vor der Ausgliederung) entspricht. Dieser Referenzwert ist bislang vor Ort zu ermitteln, ohne dass dafür eine klare Vorgehensweise definiert wurde. Das Spannungsfeld zwischen hausindividueller Ermittlung und der Notwendigkeit der

Berücksichtigung von pauschalen Ausgliederungsgrundsätzen, die bundesweit Anwendung finden, kann vor Ort in der Regel nicht aufgelöst werden und geht bislang auf der Ortsebene mit dem bekannten Verhandlungstau einher.

Daher sollte der Gesetzgeber eingreifen und die hausindividuelle (maximal konflikt-behaftete) Ermittlung des durchschnittlichen Vollkräfteeinsatzes von Personal der Gruppe „sonstige Berufe“ bzw. ohne Berufsabschluss des Jahres 2018 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen einer Klinik als Referenzwert pauschal gesetzlich festgelegt werden. Stattdessen sollte der Referenzwert pauschal gesetzlich festgelegt werden. Vorzusehen ist eine einmalige Ermittlung eines Verhältniswertes in den Bereichen „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“ zum Gesamtpersonalbestand in der Pflege. Als Basis der Ermittlung können die üblichen Datenmeldung der Kliniken an die Statistischen Landesämter genutzt werden. Als im Pflegebudget zu berücksichtigende Kosten sollte von diesem Wert ein pauschaler prozentualer Wert angesetzt werden, der dem Anteil der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen Rechnung trägt und vom InEK auf empirischer Basis zu schätzen ist. Dieser Wert sollte gesetzlich definiert und regelhaft in den Verhandlungen vor Ort angewendet werden. Es würde damit ein zentraler Konfliktpunkt für die Verhandlungen vor Ort durch eine pauschalere Betrachtung befriedet.

II. Pflegeentlastende Maßnahmen

Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen ist ebenfalls eine Komplexitätsreduktion der Verhandlungen zwingend, um den Verhandlungstau aufzulösen. Bislang können die Kliniken das Pflegebudget um 4% steigern, wenn sie Maßnahmen durchführen, die zur Entlastung der Pflege beitragen. Allerdings ist gegenüber den Krankenkassen darzulegen, inwiefern die Maßnahmen zur Entlastung der Pflegekräfte in welchem Zeitraum beitragen und welche Einsparungen dadurch erzielt wurden. Diese Nachweise sind in den Verhandlungen ebenfalls sehr Streitbehaftet und aufwändig zu verhandeln. Zur Vereinfachung und effizienteren Verhandlung ist auch für diesen Punkt eine Pauschalierung zielführend: Der Nachweis wird auf die Durchführung und den Mitteleinsatz reduziert, während detaillierte Nachweise zu Art, zeitlicher Zuordnung und zum Umfang der Entlastung des Pflegepersonals entfallen. Gleichzeitig wird die Höhe der Anrechenbarkeit von pflegeentlastenden Maßnahmen abgesenkt, um eine ausgabenneutrale Umsetzung zu erreichen bzw. zusätzliche Belastungen der Versicherten zu vermeiden.

C Änderungsvorschlag

Die Regelungen zu § 6a des Referentenentwurfes sind umzusetzen. Ergänzend sollte § 6a wie folgt geändert werden:

Ad „I. Sonstige Berufe und Personal ohne Berufsabschluss“

In Absatz 2 Satz 1 wird zudem der Satzteil „abweichend hiervon können die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen, dass die Anzahl der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation des Jahres 2018 zugrunde zu legen ist“ gestrichen.

In Absatz 2 werden nach Satz 2 die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Anzahl der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation (sonstige Berufsabschlüsse und ohne Berufsabschluss) wird wie folgt ermittelt: Das Statistische Bundesamt ermittelt einmalig auf Grundlage der nach der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHS) erhobenen Daten jeweils je Bundesland den Anteil der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation an der Gesamtzahl der landesweit gemeldeten Pflegekräfte im Jahr 2018. Die Ausgangsbasis für die Ermittlung der Anzahl der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation ergibt sich, indem die vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt für das Jahr 2018 gemeldeten Vollkräfte mit dem vom Statistischen Bundesamt landesweit ermittelten prozentualen Anteil multipliziert werden. Von diesem Ergebnis werden im Pflegebudget pauschal [vom InEK zu ermitteln, z. B. 20%] finanziert. Eine darüberhinausgehende Finanzierung von Vollkräften ohne pflegerische Qualifikation ist im Pflegebudget ausgeschlossen. Die in der Vereinbarung nach § 17 b Abs. 4 Satz 2 KHG i.V.m. § 6a Abs. 2 Satz 2 KHEntgG getroffenen Regelungen zur Ermittlung Anzahl der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation (sonstige Berufsabschlüsse und ohne Berufsabschluss) treten mit Wirkung vom (Inkrafttreten des Gesetzes) außer Kraft.“

Ad „II. Pflegeentlastende Maßnahmen“

In Absatz 2 werden die Sätze 7 und 8 „Die Höhe der eingesparten Pflegepersonal-kosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 4 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonal-kosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.“ durch die Sätze „Die eingesparten Pflegeperso-nalkosten sind im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 2 Prozent des Pflegebud-gets erhöhend zu berücksichtigen. Dabei sind ausschließlich Maßnahmen berück-sichtigungsfähig, deren Startzeitpunkt nach dem 31.12.2018 liegt und die nicht be-reits anderweitig, insbesondere im Pflegebudget finanziert werden. Für eine Verein-barung sind die Benennung einer grundsätzlich geeigneten Maßnahme und die Vor-lage einer Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung erforderlich. Die Durchfüh-rung der Maßnahme ist durch Vorlage einer Rechnung nachzuweisen.“ ersetzt.

Nr. 2 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen aufgrund von Nummer 1 und der Änderung des § 17b KHG.

Die Änderung von § 9 Absatz 1 Nummer 8 führt dazu, dass bis zum 31. Mai 2023 eine Anpassung der Vereinbarung an die Vorgaben des neuen § 17b Absatz 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfolgen muss.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1-2 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund von Nummer 2.

Zu Nummer 2

Es handelt sich bei der Einführung des § 17b Absatz 4a um eine Konkretisierung der im Pflegebudget zu finanzierenden Berufsgruppen ab dem Vereinbarungsjahr 2024. Für die Vereinbarungsjahre ab dem Jahr 2024 sind nur noch die Pflegepersonalkosten für qualifizierte Pflegefach- und qualifizierte Pflegehilfskräfte über das Pflegebudget zu finanzieren. Die zugrundeliegende Definition der entsprechenden Berufsgruppen entspricht dabei der Definition der Berufsgruppen, die auch bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen Anwendung findet. Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 haben erstmals bis zum 30. April 2023 zu vereinbaren, dass in der eindeutigen, bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 Satz 2 ausschließlich das Pflegepersonal und die Pflegepersonalkosten der in § 17b Absatz 4a aufgeführten Berufsgruppen zu berücksichtigen sind. Dabei sind auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist.

B Stellungnahme

Zu Nummer 1

Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Nummer 2

Die vorliegende Änderung des § 17b zur Konkretisierung der im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen ab dem Vereinbarungsjahr 2024 ist zu begrüßen. Die bestehenden Probleme aufgrund der mit dem PpSG eingeführten tätigkeitsbezogenen (und damit nicht eindeutigen) Abgrenzung der im Pflegebudget abzubildenden und zu vergütenden Kosten werden damit teilweise beseitigt. Verlagerungen bzw. Umbuchungen von Kosten aus dem aDRG-Bereich in die Kostenmodule des Pflegebudgets, denen keine Ausgliederung gegenübersteht, werden damit in Zukunft geringer ausfallen.

Die Regelungen stellen damit einen richtigen und wichtigen Schritt hin zu einer eindeutigeren Definition des Pflegebudgets dar. Es wird damit auch die Selbstkostendeckung auf die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen fokussiert und die examinierte Pflege gestärkt.

Darüber hinaus erhöht die Harmonisierung der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Berufsgruppen mit der im Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen gültigen Definition die Transparenz und Konsistenz der Regelungen im Pflegebereich.

Um bisherige Fehlentwicklungen zu korrigieren und strategische Umbuchungen im Vorfeld der gesetzlichen Anpassungen zu minimieren, ist es essentiell, dass im Rahmen der Kalkulation des Katalogs 2024 auf Basis der neuen Abgrenzung eine umfassende Neuausgliederung der relevanten Pflegekosten vorgenommen wird. Zur Stärkung des Verfahrens sind ergänzend die Vorschläge des AOK-Bundesverbandes zu gesetzlichen Regelungen der Normierung aus dem Referentenentwurf des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) vom 07.12.2020 umsetzen.

Absehbar ist, dass die vorgeschlagenen Regelungen den aktuellen Budgetstau für die Jahre 2020 bis 2022 (und absehbar für 2023) und die daraus resultierenden Probleme für die Liquidität von Kliniken und Krankenkassen nicht auflösen werden. Die vorgeschlagenen Regelungen schaffen zwar mehr Klarheit bzgl. der Abgrenzung von Pflegebudget und Fallpauschalen, greifen aber erst ab den Budgets 2024 und verändern darüber hinaus wenig an der Grundsystematik der Budgetverhandlungen.

Es sind daher ergänzende Regelungen vorzusehen, die folgende Dimensionen umfassen:

1. Kurzfristig müssen zusätzliche Vereinfachungen des Pflegebudgets geregelt werden, die pragmatisch die Verhandlungen der Budgets 2020 bis 2023 vor Ort erleichtern.
2. Mittelfristig sollten die Budgetverhandlungen auch verfahrensseitig deutlich stringenter aufgestellt werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind die Regelungen des Artikel 2 Nr. 1, Buchstabe C sowie die im Abschnitt „Ergänzender Änderungsbedarf“ (§§ 11-14 KHEntgG) umzusetzen.

C Änderungsvorschlag

Zu Nummer 1
Keiner

Zu Nummer 2
Keiner

Artikel 6 Artikel Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird geregelt, dass das Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt, die Absätze 2 bis 4 werden hiervon ausgenommen.

Absatz 2 und 3 regeln das Inkrafttreten einzelner Paragraphen

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Die unter Artikel 1 Nummer 17 verortete Reduktion des Meldeinhaltes „Geschlecht“ der Basisdaten im elektronischen Studenten-Meldeverfahren hat die Anpassung des XML-Schemas und die Anpassung der Bestandssoftwaresysteme der Hochschulen und der Krankenkassen zur Folge. Eine solche Anpassung bedarf entsprechender Vorlaufzeiten und ist zum Tag des Inkrafttretens nicht realisierbar. Daher ist eine Verlängerung der Umsetzungsfrist bis zum 01.07.2023 angezeigt. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass mit „Absatz 2 bis 4“ die Artikel 2 und 3 gemeint sind.

Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Artikel 6 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag der Verkündung in Kraft.

Absatz 2 neu: Artikel 1 Nr. 17 tritt am 01.07.2023 in Kraft.

Die folgenden Absätze bleiben unverändert.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Krankenhaus-Regelungen für stringentere und aktuelle Budgetverhandlungen

Änderungsbedarf

Es werden Regelungen vorgeschlagen, die zu deutlich stringenteren Budgetverhandlungen führen und künftig einen Verhandlungsstau (und damit einhergehende Finanzprobleme und Liquiditätsengpässe) vermeiden. Es werden dabei die wesentlichen Stellschrauben „vor, während und nach“ der Budgetverhandlung berücksichtigt.

Stellungnahme / Begründung

Wenn der aktuelle existierende Verhandlungsstau durch pragmatische Anpassungen im Pflegebudget (vgl. ergänzender Änderungsbedarf Artikel 2 Nr. 1) aufgelöst wurde, sollten neue Verfahrensregeln greifen, die sicherstellen, dass die Budgetverhandlungen künftig effizienter und zügiger ablaufen. Wesentliche Bausteine müssen „vor, während und nach“ der Budgetverhandlung greifen.

I. Vor der Verhandlung

Der Gesetzgeber hat mit der Sechs-Wochen-Frist in § 18 Abs. 4 KHG bzw. § 11 Abs. 3 KHEntgG den Rahmen der zeitnahen Aufnahme der Verhandlungen geregelt. In der Praxis werden die notwendigen Forderungsunterlagen allerdings oftmals nur wenige Tage vor dem geplanten Verhandlungstermin eingereicht. Zudem sind die Unterlagen in vielen Fällen unvollständig und fehlerhaft. Dies führt dazu, dass entweder die Termine abgesagt oder die Verhandlungen nur bruchstückhaft geführt werden können und zusätzliche Verhandlungstermine notwendig werden. Eine gesetzliche Vorgabe zur fristgemäßen Einreichung der vollständigen und belastbaren Verhandlungsunterlagen durch das Krankenhaus mit dem Ausschluss der Nachreichung und gleichzeitiger Sanktionierung bei Nichtbeachtung würde diesem Problem Abhilfe schaffen. Weitere oder veränderte Forderungen wären danach präkludiert, um eine stringente Verhandlungsführung zu ermöglichen.

II. Während der Verhandlung

Bislang sieht das Gesetz vor, dass nach der Aufforderung mit Ablauf der auch bisher gültigen 6 Wochenfrist die Anrufung der Schiedsstelle erfolgen kann. Leider hat die bisherige Schiedsstellenpraxis kaum zur Budgetbeschleunigung beigetragen. Es ist daher angezeigt die Rahmenbedingungen für eine Schiedsstellenlösung im Sinne der Resilienzerhöhung der Klinikfinanzierung anzupassen. Eine deutliche Beschleunigung könnte erreicht werden, in dem ab einem bestimmten Zeitpunkt des laufenden Budgetjahres das Instrument der automatischen Schiedsstelle greift. Abgeleitet aus dem Prospektivitätsgrundsatz ist angezeigt, ab dem 01.09. des laufenden Budgetverhandlungsjahres eine automatische Schiedsstelleanrufung vorzusehen. Die bis zum Ablauf der Frist zuletzt übersandte Forderung ist die Verhandlungsgrundlage auch

für eine spätere Schiedsstelle. Weitere oder veränderte Forderungen wären danach präkludiert.

Für den Schiedsstellenautomatismus ab dem 01.09. kann eine Ausnahmeregelung geschaffen werden. Diese Ausnahme ist die Willenserklärung beider Vertragsparteien zur Fortsetzung der regulären Budgetverhandlungen unter der Bedingung, dass eine vorläufige Vereinbarung vor Fortsetzung der regulären Budgetverhandlungen geschlossen wird. Ein Einvernehmen ist notwendig. Von der Ausnahmeregelung kann von den Vertragspartnern nur Gebrauch gemacht werden, sofern für das Vorjahr ein regulärer Budgetabschluss vorliegt. Auf diese Weise soll der Abschluss vorläufiger Budgets für aufeinanderfolgende Jahre und so der erneute Aufbau eines Verhandlungstaus, verhindert werden. Wird die Ausnahmeregelung genutzt, so ist bis zum 30.09. des laufenden Budgetjahres ein vorläufiges Budget abzuschließen und der endgültige Budgetabschluss bis zum 31.12. des laufenden Budgetjahres zu erzielen. Gelingt dies nicht, so wird der Schiedsstellenautomatismus ab dem 01.01. des Folgejahres wieder eingesetzt. Spätestens in der ersten Jahreshälfte des Folgejahres wären die Budgetverhandlungen durch ein Schiedsstellenverfahren abgeschlossen.

Der ambitionierte Zeitrahmen der sich durch die Etablierung eines solchen Verhandlungsablaufs ergibt, erfordert allerdings eine Komplexitätsreduktion der Verhandlungen, da die Fristen ansonsten nicht zu halten sind. Diesbezüglich sind mindestens die Vereinfachungen des Pflegebudgets (vgl. Artikel 2, Nr. 1, Änderungsvorschläge zur Vereinfachung der Pflegebudgetverhandlungen 2020-2023) umzusetzen. Weitere Vereinfachungen, insbesondere im Bereich der Zu- und Abschläge, sind anzustreben.

III. Nach der Verhandlung

Momentan dauert der Prozess der Genehmigung von Budgetabschlüssen in Teilen der Republik mehrere Monate. Besonders gravierend ist dies bei Schiedsstellenentscheidungen; hier dauert die Genehmigung in einigen Bundesländern häufig bis zu einem Jahr; in Einzelfällen auch deutlich länger. Es sollte daher an zwei Stellschrauben nachgebessert werden: 1. Es ist eine (sanktionierte) gesetzliche Vorgabe zur Einreichung der vollständigen Unterlagen für die Vertragsparteien zu definieren. 2. Es ist eine Frist zu definieren (4 Wochen), in welcher Zeit die Genehmigung zu erfolgen hat. Entscheidet die Genehmigungsbehörde nicht innerhalb von 4 Wochen über die Genehmigung, gilt die Genehmigung als erteilt („Genehmigungsfiktion“).

Änderungsvorschlag

Ad I. und II. „Vor der Verhandlung“ und „Während der Verhandlung“

§ 11 Abs. 3 KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

In Abs. 3 Satz 2 werden nach dem Wort Erlösbudget ein Komma und die Wörter „ , das Pflegebudget“ eingefügt.

Nach Abs. 3 Satz 2 werden die Sätze „Der Krankenhausträger hat die nach § 6a Abs. 3 Satz 2 KHEntgG erforderlichen Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Aufforderung durch eine Vertragspartei nach § 11 KHEntgG vollständig vorzulegen. Unabhängig von Satz 3 hat der Krankenhausträger die Forderungsunterlagen bis spätestens 6 Wochen vor Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums vollständig vorzulegen. Soweit der Krankenhausträger die Forderungsunterlagen nicht innerhalb der in Satz 3 und 4 vorgegebenen Fristen vollständig vorlegt, wird der Krankenhausträger sanktioniert. Das BMG regelt die Sanktionierung in einer Rechtsverordnung bis zum TT.MM.JJJJ.

Soweit der Krankenhausträger fristgerecht die Unterlagen nach Abs. 3 Satz 3 u. 4 vorgelegt hat, kann eine Nachreichung nur im beiderseitigen Einvernehmen oder für den Fall erfolgen, dass sich die im Zeitpunkt der Erstellung der Unterlagen zugrunde gelegten Annahmen wesentlich geändert haben.

Kommt eine Vereinbarung nach § 11 Abs. 1 KHEntgG nicht bis spätestens zum 31.08. des Vereinbarungsjahres zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG ohne Antrag der Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG. Abweichend hiervon, können die Vertragsparteien, sofern für das laufende Jahr eine genehmigte Vereinbarung nach § 11 KHEntgG vorliegt, bis zum 30.09. des Vereinbarungsjahres eine vorläufige Vereinbarung mit der Maßgabe treffen, die Budgetvereinbarung bis zum 31.12. abzuschließen. Die Schiedsstelle ist darüber bis zum 31.08. von den Vertragsparteien einvernehmlich in Kenntnis zu setzen. Sollte bis zum 31.12. des Vereinbarungsjahres keine Budgetvereinbarung geschlossen worden sein, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG ohne Antrag der Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG ab dem 01.01 des Folgejahres. Das Gleiche gilt für den Fall, dass bis zum 30.09. des Vereinbarungsjahres keine vorläufige Budgetvereinbarung geschlossen wird. In diesem Fall entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG ohne Antrag der Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG ab dem 01.10. des Vereinbarungsjahres.“ eingefügt.

Ad III. „Nach der Verhandlung“

§ 14 Abs. 1 und Abs. 2 KHEntgG werden wie folgt geändert:

In Abs. 1 Satz 3 werden nach dem Wort Basisfallwerts die Kommata und Wörter „ , des Pflegebudgets, des Erlösbudgets“ eingefügt.

In Abs. 2 werden nach Satz 1 die Sätze „Für den Fall, dass die Vertragsparteien die Unterlagen für die Genehmigung nicht vollständig vorlegen, werden die Vertragsparteien sanktioniert. Das BMG regelt die Sanktionierung in einer Rechtsverordnung bis zum TT.MM.JJJJ. Entscheidet die Genehmigungsbehörde nicht innerhalb von 4 Wochen über die Genehmigung, gilt die Genehmigung als erteilt.“ eingefügt.

Gesetzlicher Änderungsbedarf zur Ausgestaltung der Geltendmachung der Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V

Änderungsbedarf

Durch die vorgeschlagenen Änderungen in § 275c Absatz 3 Satz 3 und Absatz 5 Satz 1 SGB V wird die Geltendmachung der Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V in das zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bestehende Gleichordnungsverhältnis bei der Krankenhausabrechnungsprüfung überführt.

Zudem wird eine Ergänzung § 275c Absatz 3 SGB V vorgeschlagen, die die Geltendmachung der Aufschläge im Zuge des elektronischen Datenaustauschs vorsieht.

Stellungnahme/Begründung

Nach § 275c Absatz 3 SGB V hat ein Krankenhaus ab dem Jahr 2022 bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkasse zu zahlen. Die Berechnung der Höhe des Aufschlags ist im Gesetz festgelegt.

§ 275c Absatz 5 Satz 1 SGB V regelt, dass Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags keine aufschiebende Wirkung haben. Da ein Widerspruch nur bei Vorliegen eines Verwaltungsaktes in Betracht kommt, ist aus dieser Vorschrift abzuleiten, dass es sich bei der Geltendmachung des Aufschlags durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus um einen Verwaltungsakt handelt. Dies ist im Bereich der Krankenhausabrechnung und der Abrechnungsprüfung ein Novum. Bei gerichtlichen Auseinandersetzungen im Bereich der Krankenhausabrechnung geht die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts von einem Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse aus. Im Rahmen eines solchen Gleichordnungsverhältnisses stellt eine Geltendmachung des Aufschlags im Zuge eines Verwaltungsaktes einen Systembruch dar.

Die Qualifizierung der Geltendmachung des Aufschlags als Verwaltungsakt hat zur Folge, dass auch die verfahrensrechtlichen Vorschriften für den Erlass eines Verwaltungsaktes und das sich ggf. anschließende Widerspruchsverfahren zu beachten sind. Dies führt zu einem erheblichen Aufwand bei den Krankenkassen und einem unnötigen Bürokratieaufbau. So entscheiden die bestehenden Widerspruchsstellen überwiegend über Widersprüche von Versicherten. Die fachlich gänzlich neue Widerspruchsmöglichkeit der Krankenhäuser gegen die Geltendmachung der Aufschläge stellt die Krankenkassen vor die Herausforderung, Personal und Vertreter des Verwaltungsrats zu schulen und angesichts der zu erwartenden Vielzahl der Widersprüche ggf. neues Personal einzustellen sowie ggf. für diesen Zweck spezialisierte Widerspruchsstellen einzurichten, was entsprechende Satzungsänderungen bedingt. Auch für Krankenhäuser würde eine Beibehaltung der jetzigen Regelung einen

mit der ordnungsgemäßen Durchführung eines Verwaltungsverfahrens verbundenen Mehraufwand bedeuten.

Dies ließe sich vermeiden, wenn auch die Geltendmachung des Aufschlags durch die Krankenkasse beim Krankenhaus im Rahmen des Gleichordnungsverhältnisses erfolgt. Hierzu wäre eine Änderung des § 275c Absatz 3 Satz 3 sowie des Absatz 5 Satz 1 SGB V erforderlich.

Ergänzend sollte die Übermittlung der Aufschlagsforderung im Rahmen der elektronischen Datenübertragung erfolgen, damit die Krankenkassen nicht gezwungen werden, die Geltendmachung und organisatorische Abwicklung auf dem papiergebundenen Postweg sicherzustellen. Stattdessen könnten Krankenhäuser und Krankenkassen auf den etablierten elektronischen Datenaustausch zurückgreifen.

Änderungsvorschlag

In § 275c Absatz 3 Satz 3 SGB V wird das Wort „wird“ durch das Wort „ist“ ersetzt, das Wort „erhoben“ wird mit „zu zahlen“ ersetzt.

In § 275c Absatz 5 Satz 1 SGB V werden die Wörter „gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und“ gestrichen.

Dem § 275c Absatz 3 SGB V wird folgender Satz angefügt: „Die Geltendmachung des Aufschlags erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung; das Nähere vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.“

Besondere Wahlrechte nach § 175 SGB V

Bestehende Regelung/Sachstand

Muss eine Krankenkasse Ihren kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz anheben, weil ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist (§ 242 SGB V), wird den Mitgliedern ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V eingeräumt. Die Krankenkassen sind zudem nach § 175 Abs. 4 Satz 7 und 8 SGB V verpflichtet, ihre Mitglieder rechtzeitig auf die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes mit einem gesonderten Schreiben hinzuweisen. Das Schreiben ist zu ergänzen um Hinweise auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz sowie die Auflistung aller Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes. Sollte der erhöhte Zusatzbeitragssatz höher als der festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz sein, ist zudem die Möglichkeit eines Wechsels in eine günstigere Krankenkasse darzustellen.

Änderungsbedarf und Begründung

Durch das GKV FinStG soll in der gesetzlichen Krankenversicherung das Rekorddefizit von 17 Mrd. Euro geschlossen werden. Dieses Defizit ist nicht auf unwirtschaftliches Handeln einzelner Krankenkassen zurückzuführen, sondern auf die ausgabenintensive Gesetzgebung der Vorgängerregierung. Die Ausgabenzuwächse liegen auch während der Corona-Pandemie weiterhin teils deutlich über vier Prozent pro Jahr und dürften auch in den kommenden Jahren vor allem vom medizinisch-technologischen Fortschritt und der demografischen Alterung sowie steigenden Löhnen insbesondere aufgrund des Fachkräftemangels geprägt sein. Diese Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben wird jedes Jahr zu einem Anstieg des Zusatzbeitragssatzes von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten führen, heißt es in der Problembeschreibung des Referentenentwurfs. Im Jahr 2022 erhielt die GKV Bundeszuschüsse in Höhe von 28,5 Mrd. Euro. Die Politik hat im Jahr 2022 für das Defizit eine finanzielle Teilverantwortung übernommen- das muss sich im Jahr 2023 fortsetzen. Hierfür sind verschiedene Maßnahmen im Referentenentwurf vorgesehen. Diese werden aber nicht ausreichen, um eine Beitragssatzerhöhung zu verhindern. In der Folge heißt das, dass die Krankenkassen ihre Mitglieder entsprechend mit einem gesonderten Schreiben informieren müssen. Die Kosten für diese Informationsschreiben sind von den Krankenkassen und damit von den Beitragszahlern zu tragen. Angesichts der für 2023 gedeckelten Verwaltungskosten (siehe Artikel 1 Nummer 1 zu § 4 SGB V) ergeben sich hier erhebliche Mehrbelastungen, da voraussichtlich ein Großteil der Krankenkassen diesen Beitragssatzanstieg zu vollziehen hat.

Vor diesem Hintergrund sind sowohl das Sonderkündigungsrecht als auch die Informationspflichten nach § 175 Absatz 4 SGB V zum 01.01.2023 auszusetzen, wenn die Krankenkassen zum Schließen des Defizits die Zusatzbeitragssätze anheben müssen.

Änderungsvorschlag

§ 175 Absatz 4 SGB V ist wie folgt zu erweitern:

Die Sätze 6 bis 8 gelten nicht bei Anhebung des Zusatzbeitragssatzes mit Wirkung ab dem 01.01.2023.

Arzneimittel - Einführung eines Interimspreises als vorläufiger GKV-Abrechnungsbetrag

Ausgangslage

Bereits bei Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) wurde im Zusammenhang mit der freien Preisbildung im ersten Marktjahr auf das erwartbare Problem von „Mondpreisen“ hingewiesen, bei denen später gewährte Rabatte eingepreist seien. Entsprechend profitieren die Hersteller bis heute auch über das erste Jahr hinaus von überhöhten Preisen für ihre neuen Arzneimittel. Ein angemessenes – also insgesamt auch langfristig bezahlbares – Preisniveau kann aktuell in den Erstattungsbetragsverhandlungen, die den Preis ab dem zweiten Jahr festlegen, nur sehr eingeschränkt erreicht werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Für einen fairen Preis sollte künftig ab Markteinstieg ein vorläufiger Abrechnungsbetrag für jedes neue Arzneimittel gelten, der sogenannte Interimspreis. Der Interimspreis kann in einem rechnerischen Verfahren vom GKV-Spitzenverband für jedes neue Arzneimittel festgelegt und dem pharmazeutischen Unternehmen vor Marktzugang mitgeteilt werden, um als Grundlage der Arzneimittelpreisbildung für die Verkehrskreise zu dienen. Basis des vorläufigen Abrechnungsbetrags wären in Übertragung des § 130b Absatz 3 SGB V die jeweiligen Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie in den Anwendungsgebieten des neuen Arzneimittels. Die zweckmäßige Vergleichstherapie sollte hierfür vom Gemeinsamen Bundesausschuss für jedes neue Arzneimittel noch vor Marktzugang festgelegt werden. Weist ein Anwendungsgebiet eines neuen Arzneimittels verschiedene Patientengruppen mit unterschiedlichen Behandlungsoptionen auf, so könnte ein solcher Interimspreis durch Mittelung der jeweiligen Preise der Vergleichstherapien im Anwendungsgebiet bestimmt werden. Ist im Anwendungsgebiet eines neuen Arzneimittels bisher keine kausale bzw. kurative Behandlungsoption verfügbar, könnte der Interimspreis anhand der Behandlungskosten der aktuell besten unterstützenden Therapie abgeleitet werden. Soweit daraus nachweislich kein auskömmlicher Interimspreis resultiert, könnte dies ergänzend berücksichtigt werden.

Die Festlegung des Interimspreises sollte vor Marktzugang und damit rechtzeitig für die Meldung der Preis- und Produktinformationen in den Verzeichnisdiensten der Apotheken, Krankenhäuser und Ärzte vorgenommen werden. Der Interimspreis wäre solange vorübergehend Basis der Abrechnung, bis er durch einen Erstattungsbetrag rückwirkend abgelöst wird. Damit ergänzen sich der Interimspreis und die Rückwirkung des Erstattungsbetrags ab Marktzugang zu einem jederzeit fairen Preisbildungsmechanismus.

Der Interimspreis ist als vorläufiger Erstattungsbetrag somit lediglich eine vorübergehende Rechengröße. Seine Festlegung sollte ausdrücklich kein weiterer Verhandlungsprozess sein, sondern ein pragmatisches, kurzfristig umsetzbares Verfahren

entsprechend vorab festgelegter Grundsätze und Regeln. Das bietet Transparenz und schafft zügige Klarheit für alle Seiten. Allein aufgrund der kurzen Zeit zwischen Zulassungsempfehlung und Marktzugang, die für eine Bestimmung des Interimspreises bleibt, wird es nicht möglich sein jede Besonderheit eines Einzelfalls abzubilden. Da der Interimspreis ohnehin rückwirkend durch den Erstattungsbetrag ersetzt wird und bis dahin nur eine kurze Übergangszeit Anwendung findet, erscheint eine solche Unschärfe tolerierbar.

Änderungsvorschlag

In § 35a Absatz 1 wird nach Satz 10 folgender Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt innerhalb von vier Wochen nach Information durch den pharmazeutischen Unternehmer über die erteilte Zulassung seines neuen Arzneimittels für jedes zugelassene Anwendungsgebiet eine zweckmäßige Vergleichstherapie fest.“

§ 130g (neu) wird wie folgt gefasst:

„(1) Für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erstmalig in Verkehr gebracht werden, wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Interimspreis als vorläufiger Abrechnungsbetrag festgelegt. Der Interimspreis orientiert sich an den Kosten der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 35a Absatz 1 festgelegten wirtschaftlichsten zweckmäßigen Vergleichstherapie. Konnte keine zweckmäßige Vergleichstherapie festgelegt werden, werden für die Festlegung der Höhe des Interimspreises die Kosten der am besten unterstützenden Therapie oder, soweit auch diese nicht gegeben ist, vergleichbarer Therapien herangezogen. In den Fällen, in denen die Höhe des Interimspreises nach den Sätzen 2 und 3 für den pharmazeutischen Unternehmer nachweislich eine unbillige Härte darstellt, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem pharmazeutischen Unternehmer abweichend einen Interimspreis.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmen auf Bundesebene treffen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Rahmenvereinbarung über die Festlegung des Interimspreises. § 130b Absatz 9 Satz 6, 8 und 9 gelten entsprechend.

(3) Der Interimspreis gilt als vorläufiger Abrechnungspreis für alle Krankenkassen ab dem Tag des Inverkehrbringens des neuen Arzneimittels bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrags nach § 130b Absatz 1 oder 3 oder seiner Festsetzung nach § 130b Absatz 4. § 130b Absatz 3a Satz 2 gilt entsprechend.