

(13) Ausschuss für Ge-
sundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache

0021

15. Wahlperiode

**Beitragssatzsicherungsgesetz
und Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz**

- Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen -

Bochum, den 11. November 2002

I. Allgemeine Bewertung

1. Die GKV-Spitzenverbände begrüßen die angestrebte finanzielle Entlastung der Krankenkassen

Die im Beitragssatzstabilisierungsgesetz und im 12. SGB V-Änderungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Entlastung der Krankenkassen sind notwendig und hilfreich. Sie helfen, die bedrohliche Ausgabenentwicklung bereits in 2003 zu mildern und die Entwicklung der Beitragssätze in der GKV in Grenzen zu halten:

- Vor allem die entlang der Wertschöpfungskette im Arzneimittelbereich vorgesehenen Maßnahmen sind notwendig, um die erheblichen Ausgabenschübe in der GKV in 2001 (+ 11,2 %) und 2002 (erstes Halbjahr 3,9 % trotz Beitrag der Pharmaindustrie) zu stoppen. Da die Umsätze von Apotheken, Großhandel und Hersteller durch diese Ausgabenentwicklung entsprechend gestiegen sind, ist eine Beitrag des Pharmabereichs zur Entlastung der Beitragszahler – vor allem der Lohnnebenkosten der Unternehmen – beschäftigungspolitisch geboten und strukturpolitisch vertretbar.
- Die im Vertragsbereich vorgesehene „Nullrunde“ trägt der bedrohlichen Finanzsituation der Krankenkassen Rechnung, die sich vor allem auch in der konjunkturell bedingt ungünstigen Einnahmenentwicklung der GKV niederschlägt.
- Wenn alle Vertragspartner der Krankenkassen in die Pflicht genommen sind, müssen und werden selbstverständlich auch die Krankenkassen in ihrem eigenen Bereich ihre Anstrengungen zur Begrenzung der Verwaltungsausgaben verstärkt fortsetzen.
- Durch die moderate Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze wird die Solidarkraft der GKV mittel- und längerfristig gestärkt und die in den letzten Jahren zu Lasten der GKV zu beobachtende Risiko-selektion an der Schnittstelle zur privaten Krankenversicherung erschwert.
- Mit der Leistungsanpassung beim Sterbegeld ist ein Beitrag der Versicherten gefordert. Diese Maßnahme folgt der bereits mit dem Gesundheits-Reformgesetz getroffenen Grundentscheidung zur schrittweisen Rückführung dieser Leistungsart.

Mit den Maßnahmen folgt der Gesetzgeber weitgehend den Vorschlägen der GKV-Spitzenverbände. Soweit Beitragssatzerhöhungen dennoch unvermeidlich sind, werden diese zumindest begrenzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz erwartete GKV-Entlastungsvolumen in Höhe von rd. 2,8 Mrd. € nur dann erreichbar ist, wenn das Gesetzgebungsverfahren rechtzeitig und ohne weitere finanzielle Abstriche bis Ende 2002 abgeschlossen wird und die Maßnahmen stringent umgesetzt werden. Unter diesen Voraussetzungen könnte das Beitragssatzniveau rechnerisch um 0,3 Beitragssatzpunkte entlastet werden.

2. Die finanzielle Entlastung der GKV ist notwendig, aber nicht hinreichend

Die Finanzlage der GKV ist sowohl durch unvertretbare Entwicklungen auf der Ausgabenseite als auch auf der Einnahmenseite geprägt: Be-

reits im Jahre 2001 stiegen die GKV-Ausgaben um 3,7 %, die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder jedoch nur um 1,6 %. Die Ausgabenentwicklung wurde in erster Linie durch den Ausgabenschub bei Arzneimitteln von + 11,2 % geprägt. Die Einnahmenentwicklung folgte der sehr ungünstigen konjunkturellen Entwicklung, die zu einem spürbaren Druck auf die Entwicklung der Arbeitnehmereinkommen und damit die Beitragsentwicklung geführt hat. Das in 2001 entstandene Defizit in Höhe von 2,8 Mrd. € führte bereits bei vielen Krankenkassen zu einer erheblichen Belastung der Vermögenslage und zu Beitragssatzerhöhungen.

Die Entwicklung im ersten Halbjahr 2002 verlief mit einer Ausgabenerhöhung um + 3,0 % und einer fast stagnierenden Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (+ 0,7 %) ähnlich negativ. Das im ersten Halbjahr erzielte Defizit von 2,4 Mrd. € dürfte sich angesichts des aktuell ungebremsten Ausgabenanstiegs und der fortgesetzten Einnahmenschwäche bis Ende 2002 auf schätzungsweise allenfalls 1,5 bis 2 Mrd. € verringern. Dieses würde in 2003 allein durch die in 2003 vorgesehene Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlagen für Arbeitslosenhilfeempfänger plus Umsatzsteuererhöhung bei Zahntechnik um weitere 1,1 Mrd. € erhöht, so dass in 2003 – ohne die Beitragssicherungsmaßnahmen – bereits heute eine Vorbelastung des GKV-Finanzergebnisses in Höhe von rd. 3 Mrd. € erkennbar wird.

Rein rechnerisch würde dieses Beitragssatzerhöhungspotential der GKV in Höhe von 0,3 Beitragssatzpunkten durch die vorgesehenen Entlastungen (0,3 Beitragssatzpunkte) allenfalls in der Durchschnittsbetrachtung ausgeglichen. Eine Entlastung der bereits jetzt angespannten Vermögenslage und der notwendige Wiederaufbau der Mindestrücklage wären dagegen nicht erreichbar. Dies gilt auch für Krankenkassen in den neuen Ländern, die sich um den Abbau ihrer – nach dem GKV-Finanzstärkungsgesetz zulässigen - Altschulden bemühen.

Da die Finanz- und Vermögenslage innerhalb der GKV aber sehr disparat ist, kann diese Durchschnittsbetrachtung nur begrenzt Aussagen über die tatsächlich notwendigen Beitragssatzerhöhungen in den von der negativen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung besonders betroffenen Krankenkassen liefern. Die Entlastungen wirken sich weitgehend gleichmäßig auf die Krankenkassen und Kassenarten aus und berücksichtigen nicht die Unterschiede in der Finanz- und Vermögenslage zwischen den Krankenkassen. Damit wird deutlich, dass die erwartete Entlastung von 0,3 Beitragssatzpunkten die notwendigen Beitragssatzanpassungen nicht verhindert, sondern bei den betroffenen Kassen nur verringern kann. Es ist deshalb zu begrüßen, dass der vorgesehene gesetzliche Beitragsstopp entsprechende Ausnahmetatbestände für Krankenkassen vorsieht, bei denen ohne eine Beitragssatzerhöhung eine Verschuldung droht oder eine bereits erreichte Verschuldung sogar noch erhöht würde. Weitere Entlastungsmaßnahmen, wie sie die GKV-Spitzenverbände vorgeschlagen haben, sind deshalb unverzichtbar.

3. Weitere Verschiebebahnhöfe sind ordnungspolitisch verfehlt und konterkarieren das Ziel der Beitragssatzstabilisierung

Erheblich verschärft wurde die Erosion der Einnahmegrundlagen der GKV durch wiederholte Verschiebepolitik in den letzten Jahren: Allein die in den Jahren 1995 und 2001 vorgenommenen gesetzlichen Eingriffe in die Beitragsbemessungsgrundlagen von Beziehern von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe haben zu erheblichen Einnahmenbelastungen der GKV und zu ordnungspolitisch schwerwiegenden Risikoverlagerungen zwischen Arbeitslosen- und Krankenversicherung geführt. Ohne diese gravierenden Einschnitte in die bewährte Systematik der Zuordnung von Arbeitsmarkt- und Krankheitsrisiken lägen die Beitragseinnahmen der GKV heute um ca. 2,8 Mrd. € höher bzw. der Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte niedriger.

Vor diesem Hintergrund muss der erneute Verschiebepolitik bei den Beiträgen aus der Arbeitslosenhilfe als weiterer schwer wiegender ordnungspolitischer Sündenfall abgelehnt werden.

In der finanziellen Bewertung ist außerdem zu berücksichtigen, dass die GKV durch die Entgeltumwandlung nach dem Altersvermögensgesetz (Rentenreformpaket) belastet wird. Die Höhe dieser Belastung ist mangels entsprechender Daten über die Inanspruchnahme der Entgeltumwandlung derzeit nicht solide quantifizierbar. Da inzwischen über 260 Tarifverträge entsprechende betriebliche Alterssicherungsformen vorsehen, muss mit beitragsrelevanter Mindereinnahmen der GKV gerechnet werden. Da die nach der Entgeltumwandlung beitragsfreien Entgeltbestandteile an die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung gekoppelt ist (maximal 4 %), führt die vorgesehene Erhöhung der RV-Beitragsbemessungsgrenze 2003 zu einer weiteren Erhöhung dieser GKV-Mindereinnahmen. Umso wichtiger ist es, weitere Verschiebepolitik zu vermeiden und auch bei der Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission die GKV nicht zusätzlich finanziell zu belasten.

Auch die bei Bezug von Krankengeld von der GKV zu zahlenden Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung werden bei den höherverdienenden Mitgliedern durch die Erhöhung der RV- und ArbV-Beitragsbemessungsgrenze steigen und damit die Ausgabensituation der Krankenkassen in durchaus nennenswertem Umfang zusätzlich belasten.

4. Entlastungspaket konsequent umsetzen und durch weitere Entlastungen ergänzen

Angesichts der bedrohlichen Finanz- und Vermögenslage der GKV und den unkalkulierbaren Finanzrisiken, die sich aus dem Altersvermögensgesetz (Entgeltumwandlung) für die GKV ergeben, bietet das Beitragssicherungsgesetz einen notwendigen kurzfristigen Beitrag, der aber um weitere Maßnahmen ergänzt werden muss:

- Eine notwendige Ergänzung hat die Koalition bereits mit dem 12. SGB V-Änderungsgesetz auf den Weg gebracht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern deshalb die Länder auf, dieses Gesetz – auch wegen der unverzichtbaren Weiterentwicklung der

Festbetragsregelung für scheininnovative Arzneimittel – im Bundesrat konstruktiv zu unterstützen.

- Auch die Entscheidung der Koalition, die Positivlistenregelung schnellstmöglich zu verabschieden, wird von den GKV-Spitzenverbänden – auch wenn Einsparungen in 2003 nicht zu erwarten sind - sehr begrüßt. Mit der Positivliste wird die Qualität der Arzneimittelversorgung der Versicherten spürbar verbessert.
- Zur Absicherung der Entlastungsmaßnahmen im Arzneimittelbereich sind weitere Maßnahmen notwendig, um die durch die Aufhebung des Arzneimittelbudgets verursachte Mengenausweitung bei Arzneimittelverordnungen wieder auf das medizinisch sinnvolle Maß zurückzuführen. Hierzu ist eine verbindliche Ausgabenobergrenze notwendig. Zusätzlich sind Flexibilisierungen der historisch überholten Pharma-Vertriebsstrukturen – insbesondere durch Einführung des Versandhandels – sinnvoll.
- Diese Maßnahmen schaffen den Spielraum für eine umfassende Strukturreform der GKV, die – ohne zeitraubende neue Kommissionen - im kommenden Jahr vorbereitet und ab 2004 umgesetzt werden muss. Die GKV-Spitzenverbände haben hierzu bereits geeignete Vorschläge vorgelegt.

II. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Artikel 1 Nr. 1 BSSichG (§ 6 Abs. 1 und Abs. 6 bis 8 SGB V-E)

A. Beabsichtigte Neuregelung: Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze

Die Versicherungspflichtgrenze wird von 41.400 € auf 45.900 € erhöht (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 6 SGB V-E). Ausgenommen sind Arbeitnehmer, die am (wahrscheinlich) 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krakenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert sind; für diese beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Kalenderjahr 2003 41 400 EUR (§ 6 Abs. 7 SGB V-E).

B. Stellungnahme

Die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze für alle Arbeitnehmer, die bisher GKV-versichert waren oder zu Beginn des Erwerbslebens neu versichert werden, ist sachgerecht und führt mittel- und längerfristig zu einer Stärkung des Solidarprinzips in der GKV (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 6 SGB V-E). Sie bedeutet einen (ersten) Schritt in die richtige Richtung. Eine stärkere Anhebung wäre allerdings im Hinblick auf das Ziel einer Neuordnung des Verhältnisses von GKV und PKV wünschenswert.

Die Ausnahmenvorschrift in § 6 Abs. 7 SGB V-E soll verhindern, dass bislang PKV-Versicherte von der erhöhten Versicherungspflichtgrenze betroffen werden. Sie trägt den in der PKV erworbenen Besitzständen dieser Personen Rechnung und verhindert, dass die betroffenen Arbeitnehmer auf Grund der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze eine generelle neue Entscheidungsoption zwischen PKV und GKV erhalten. Da im Regelfall „ungünstige Versicherungsrisiken“ in die GKV wechseln und die günstigeren in der PKV verbleiben dürften, werden durch diese Zuordnungsregelung weitere Risiko-selektionen und damit Belastungen der GKV vermieden.

Allerdings wird die Ausnahmeregelung in der praktischen Umsetzung für Arbeitgeber und Krankenkassen zu Problemen führen, weil sie auf den Status des Arbeitnehmers am 31.12.2002 abstellt. Erfüllt der Arbeitnehmer an diesem Tag die Voraussetzungen des § 6 Abs. 7 Satz 1 SGB V-E (d.h. er ist PKV-versichert), ist er versicherungsfrei und bleibt dies auch für den Rest seines Erwerbslebens, sofern sein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die nach dieser Vorschrift maßgebende (geringere) Grenze überschreitet. Selbst ein Wechsel des Beschäftigungsverhältnisses würde an dieser „lebenslangen“ Anwendung der gegenüber § 6 Abs. 6 Satz 1 SGB V-E geringeren Jahresarbeitsentgeltgrenze nichts ändern.

Eine solche - am reinen Wortlaut des § 6 Abs. 7 Satz 1 SGB V-E orientierte - Auslegung würde für den Arbeitgeber einen unverhältnismäßig hohen administrativen Aufwand bedeuten. Der Arbeitgeber müsste bei jeder Neueinstellung eines höherverdienenden Arbeitnehmers prüfen, ob dieser Arbeitnehmer am Stichtag (1.1.2003) zum Personenkreis des § 6 Abs. 7 Satz 1 SGB V-E gehörte. Diese Prüfung dürfte im Laufe der Jahre immer schwieriger werden und kaum noch nachvollziehbar sein. Die Regelung würde zudem erhebliche

Probleme in Bezug auf die versicherungsrechtlich gebotene Gleichbehandlung von Arbeitnehmern aufwerfen, deren Versichertenstatus bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung voneinander abweichen könnte, je nachdem, ob am 31.12.2002 eine GKV- oder PKV-Versicherung bestand.

Die Ausnahmeregelung nach § 6 Abs. 7 Satz 1 SGB V-E sollte deshalb – der bisherigen versicherungsrechtlichen Systematik entsprechend - auf das Beschäftigungsverhältnis beschränkt werden, das am 31.12.2002 besteht. Sofern der Arbeitnehmer diese Beschäftigung aufgibt und eine neue Beschäftigung aufnimmt, sollte für ihn die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 6 Satz 1 SGB V-E gelten. Dies würde dem Arbeitgeber langwierige Recherchen ersparen und ihm die versicherungsrechtliche Beurteilung erheblich erleichtern, da er dann nur eine Jahresarbeitsentgeltgrenze zu beachten hätte.

Eine solche Klarstellung wäre auch mit dem beabsichtigten Bestands- und Vertrauensschutz der betroffenen PKV-Versicherten vereinbar. Denn dieser Bestandsschutz kann nur solange gelten, wie die Beschäftigung, die am 31.12.2002 zur Versicherungsfreiheit nach alten Maßstäben geführt hat, fortbesteht. Eine dauerhafte, quasi lebenslange Anwendung dieser Ausnahmeregelung ist aus Vertrauensschutzgründen nicht zwingend geboten, zumal dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung einer derartigen „Bestandsschutzklausel“ ein relativ weiter Gestaltungsspielraum zur Verfügung steht.

Außerdem würde nach dem Wortlaut des Absatzes 7 der Bestandsschutz auch für freiwillig GKV-Versicherte gelten, die – zur Umgehung der Neuregelung - noch im Laufe des Jahres 2002 eine *zusätzliche* private Krankenversicherung abschließen. Um diese missbräuchliche Gestaltungsmöglichkeit auszuschließen, sollte die Regelung auf Personen beschränkt werden, die am Stichtag „nur“ bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

In § 6 Abs. 7 Satz 1 SGB V-E sollte wie folgt gefasst werden:

„Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und **nur** bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, **für die Dauer des am 31.12.2002 bestehenden Beschäftigungsverhältnisses** im Jahr 2003 41.400 €.“

Artikel 1 Nr. 2 BSSichG (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V-E)

A. Beabsichtigte Neuregelung: Klarstellung zum Befreiungsrecht von der Versicherungspflicht auf Antrag

Nach § 8 Abs.1 Nr. 1 SGB V-E wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wer wegen der jährlichen Anpassung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7 Satz 2 SGB V-E versicherungspflichtig wird.

B. Stellungnahme

Das bisher bereits bestehende Befreiungsrecht von der durch jährliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze entstehenden Versicherungspflicht wird an die neue Rechtslage angepasst. Dies ist notwendig und trägt dem Bestands- und Vertrauensschutz der betroffenen Arbeitnehmer Rechnung.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 1 Nr. 3 BSSichG (§ 31 Abs. 2 SGB V-E)

A. Beabsichtigte Neuregelung

„(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 oder § 35a festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler.“

B. Stellungnahme

Mit dieser gesetzlichen Änderung wird klargestellt, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen im Arzneimittelbereich zukünftig um die gesetzlichen Abschläge nach § 130 SGB V, § 130 a SGB V und den Abschlägen nach dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen des pharmazeutischen Großhandels reduziert werden. Die gesetzliche Änderung ist flankierend zu den Änderungen in den §§ 130, 130 a SGB V und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler zwingend notwendig. Dementsprechend ist an dieser Änderung festzuhalten.

Um dem derzeitigen Abrechnungsgeschehen Rechnung zu tragen, wird folgende Änderung vorgeschlagen.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

„(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 oder § 35a festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler **und der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung**“.

Artikel 1 Nr. 4 BBSichG (§ 59 SGB V-E)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Halbierung des Sterbegeldes

B. Stellungnahme

Beim Sterbegeld handelt es sich dem Grunde nach um eine krankensicherungs-fremde Leistung. Unter der Zielsetzung, kurzfristig die GKV-Beitragssätze zu stabilisieren, ist die vorgesehene Neuregelung nachvollziehbar und sachgerecht.

Dies gilt auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass

- das Sterbegeld ohnehin nicht mehr für alle gesetzlich Krankenversicherten vorgesehen ist, da der Leistungsanspruch davon abhängt, dass der Verstorbene am 01.01.1989 versichert war (auslaufende GKV-Leistung)

und

- Versicherte bereits heute finanzielle Vorsorge für die Bestattung treffen müssen, da die Bestattungskosten meist durch das Sterbegeld nicht gedeckt werden.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Kein Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 5 BBSichG (§ 71 Abs. 1 SGB V)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ausgabenerhöhungen wegen zusätzlicher Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

B. Stellungnahme

Die Klarstellung, dass zusätzliche Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen, ist im Interesse einer zügigen Einführung von Chroniker-Programmen zu begrüßen.

Um nicht gewollte, ausgabensteigernde Effekte aus der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zu vermeiden, ist allerdings genau zu definieren, welche zusätzlichen Leistungen der Behandlungsprogramme den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen. Hierzu zählen ausschließlich die neu durchzuführenden Dokumentationen auch im Zusammenhang mit der Beratung des Versicherten vor einer Einschreibung und ggf. die Schulungen der Patienten.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

1. Artikel 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

In § 71 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Früherkennungsmaßnahmen“ die Wörter „oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137 g) auf Grund der Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 erbrachte zusätzliche Leistungen nach § 137 f Abs. 2 Satz 1 Nrn. 4 und 5 werden,“ eingefügt.

2. Die Begründung zu Artikel 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass für zusätzliche Leistungen, die in strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) infolge der Anforderungen zu erbringen sind, welche die entsprechende Rechtsverordnung als Zulassungsvoraussetzung bestimmt, und die noch nicht Gegenstand der jeweiligen Vergütungsverträge sind, die dafür erforderlichen Finanzmittel bereitgestellt werden können. ~~Solche~~ Zusätzliche Leistungen können z.B. sind die Dokumentation nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 und ~~oder~~ die Schulung der Versicherten nach Nr. 4 ~~sein~~, sofern die Schulung von den Leistungserbringern durchgeführt wird.

Artikel 1 Nr. 7 BBSichG (130 Abs. 1 SGB V)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 130 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag. Der Abschlag beträgt bei einem Arzneimittelabgabepreis

von bis zu 32,21 Euro	6 vom Hundert,
von 33,09 Euro bis 46,31 Euro	8,5 vom Hundert,
von 46,56 Euro bis 54,21 Euro	9,0 vom Hundert,
von 54,81 Euro bis 820,22 Euro	10,0 vom Hundert,
von über 820,22 Euro	82,02 Euro plus 5

vom Hundert des Differenzbetrages zwischen 820,22 Euro und dem für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis.

Der mit der Krankenkasse abzurechnende Betrag beträgt bei einem Arzneimittelabgabepreis

von 32,22 bis 33,08 Euro	30,28 Euro,
von 46,32 bis 46,55 Euro	42,37 Euro,
von 54,22 bis 54,80 Euro	49,33 Euro.“

B. Stellungnahme

Mit der Neufassung des Krankenkassenrabattes wird der „alte Apothekenrabatt“ von 6 % nach Arzneimittelabgabepreisen gestaffelt. Der Gesetzgeber reagiert mit dieser Maßnahme auf die stetig steigenden Vertriebskosten im Rahmen der Apothekenabgabe. Mit dem Rabatt werden die gesetzlichen Krankenkassen jährlich um ca. 0,35 Mrd. € entlastet.

Mit diesem Einsparvolumen liegt der Gesetzgeber deutlich unter dem Betrag von 1,1 Mrd. €, den die Apotheker nach eigenen Angaben jährlich als Natural- und Barabgabe von Großhandel und den Unternehmen eingeräumt bekommen.

Der Vorschlag wird befürwortet.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Kein Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 8 BBSichG (A)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 130 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen

- (1) Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für ab dem [Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 6 vom Hundert des Herstellerabgabepreises. Pharmazeutische Unternehmen sind verpflichtet, den Apotheken den Abschlag zu erstatten. Soweit pharmazeutische Großhändler nach Absatz 5 bestimmt sind, sind pharmazeutische Unternehmen verpflichtet, den Abschlag den pharmazeutischen Großhändlern zu erstatten. Der Abschlag ist den Apotheken innerhalb von zehn Tagen nach Geltendmachung des Anspruches zu erstatten.

B. Stellungnahme

Mit dem Abs. 1 wird ergänzend zum Apothekenrabatt den Krankenkassen ein Rabatt der pharmazeutischen Unternehmen in Höhe von 6 % des Herstellerabgabepreises eingeräumt. Die Apotheken haben diesen Herstellerrabatt bei der Abrechnung mit den Krankenkassen der Abrechnung zu Grunde zu legen. Mit diesem neuen Rabatt werden die Krankenkassen jährlich in Höhe um von 0,42 Mrd. € entlastet. Dieser neue Rabatt stellt sicher, dass die pharmazeutischen Unternehmen, die bislang durch ständig steigende Arzneimittelausgaben nachhaltig zur Ausgabensteigerung der GKV beitragen haben, an der finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen beteiligt werden. Der Vorschlag wird befürwortet.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Kein Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 8 BBSichG (B)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 130 a Abs. 2

- (2) Ab dem ... [Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] bis zum 31. Dezember 2004 erhöht sich der Abschlag um den Betrag einer Erhöhung des Herstellerabgabepreises gegenüber dem Preisstand vom 1. Oktober 2002. Für Arzneimittel, die nach dem 1. Oktober 2002 erstmals in den Markt eingeführt worden sind, finden die jeweiligen Marktpreise, höchstens jedoch die Markteinführungspreise, als Bezugsgröße für den Abschlag Anwendung.

B. Stellungnahme

Mit dem neuen Abs. 2 wird indirekt ein befristeter Preisstopp für die Herstellerabgabepreise und damit auch für die Apothekenabgabepreise bis zum 31. Dezember 2004 verkündet. Darüber hinaus wird der Preisstopp auf den Stichtag 01. Oktober 2002 festgesetzt. Die Einführung dieser Regelung ist zwingend notwendig, damit Hersteller nicht als Reaktion auf die Rabatte die Preise anheben und so die Rabattregelung in ihrer finanziellen Entlastungswirkung für die GKV wirkungslos werden lassen. Eine redaktionelle Änderung ist in Satz 2 notwendig. Denn mit der jetzt vorgesehenen Formulierung werden Produkte, die neu eingeführt werden, mit einem „Einführungsrabatt“ in Höhe von 6 % des Einführungsherstellerepreises belegt. Hebt jetzt der Hersteller zu einem späteren Zeitpunkt seinen Marktpreis an, führt die vorgeschlagene Gesetzesregelung dazu, dass der X %ige Abschlag weiterhin auf dem eingeführten niedrigeren Marktpreis berechnet wird. Insofern führt die jetzige Regelung dazu, dass Hersteller gezielt niedrigpreisig die Produkte in den Markt einführen werden. Da es der Industrie möglich ist, 14-tägige Preisänderungen durchzuführen, kann schon nach einer Frist von 14 Tagen dieser Markteinführungspreis deutlich angehoben werden. Der Rabatt in Höhe von 6 % bezieht sich allerdings weiterhin auf den niedrigen Markteinführungspreis. Somit ist mit einem Ergebnis durch kurzfristige Preismeldungen die neu in den Markt eingeführten Produkte der neuen Regelung nach § 130 a einfach zu entziehen. Von daher ist eine Änderung am vorgeschlagenen Gesetzestext notwendig, die sicherstellt, dass nach der Markteinführung den Herstellern entsprechend der Logik des Satzes 1 weitere Preisanhebungen bis zum 31.12.2004 ausgeschlossen werden.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

- (2) Ab dem ... [Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] bis zum 31. Dezember 2004 erhöht sich der Abschlag um den Betrag einer Erhöhung des Herstellerabgabepreises gegenüber dem Preisstand vom 01. Oktober 2002. Für Arzneimittel, die nach dem 01. Oktober 2002 erstmals in den Markt eingeführt worden sind, **gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass statt des Preisstandes 01. Oktober 2002 der Preisstand der Markteinführung heranzuziehen ist.**

Artikel 1 Nr. 8 BBSichG (C)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 130 a Abs. 3

(3)Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für

1. Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund der §§ 35 oder 35a festgesetzt ist oder wird,
2. Arzneimittel, für die aufgrund von § 129 Abs. 1 Satz 4 die obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wurden oder Arzneimittel, für die gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 keine obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wird.

B. Stellungnahme

Mit diesen Regelungen werden Arzneimittel die unter die Festbeträge oder die Aut-idem-Regelung fallen vom Herstellerrabatt „freigestellt“. Allerdings sieht die Nr. 2 im letzten Halbsatz vor, dass für Arzneimittel, „für die gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 SGB V keine obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wird“, auch kein Herstellerrabatt zu gewähren ist.

Bei diesen Produkten handelt es sich um Arzneimittel, für die keine Aut-idem-Regelung festgesetzt werden konnte, weil die Gruppenbildung wegen einer zu geringen Produktzahl (fünfer Regelung) nicht möglich ist. Im Ergebnis führt dies dazu, dass diese Arzneimittel weder unter Festbeträge noch unter die Aut-idem-Regelung und auch nicht unter den Herstellerrabatt fallen.

Diese Arzneimittelgruppe wird damit allen Preis- oder Rabattregeln entzogen. Der Hersteller kann also freie Preise bilden, ohne Rabatte leisten zu müssen. Die vielfältigen Ausweichstrategien der Hersteller zur Umgehung der Aut-idem-Regelung zeigen, dass solche Regelungslücken von den Herstellern nachhaltig genutzt werden. Es ist deshalb eine Streichung des 2. Halbsatzes in der Nr. 2 vorzunehmen.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

§ 130 a Abs. 3

(3)Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für

1. **Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund der §§ 35 oder 35a festgesetzt ist oder wird,**
2. **Arzneimittel, für die aufgrund von § 129 Abs. 1 Satz 4 die obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wurden.** ~~oder Arzneimittel, für die gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 keine obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wird.~~

Artikel 1 Nr. 8 BBSichG (D)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 130 a Abs. 6

(6) Zum Nachweis des Abschlags übermitteln die Apotheken maschinenlesbar die Arzneimittelkennzeichen über die abgegebenen Arzneimittel sowie deren Abgabedatum an die pharmazeutischen Unternehmen oder, bei einer Vereinbarung nach Absatz 5, an die pharmazeutischen Großhändler. Im Falle einer Regelung nach Absatz 5 Satz 4 ist zusätzlich das Kennzeichen für den pharmazeutischen Großhändler zu übermitteln. Die pharmazeutischen Unternehmen sind verpflichtet, die erforderlichen Angaben zur Bestimmung des Abschlags bereitzustellen.

B. Stellungnahme

Mit der hier vorgeschlagenen Regelung wird sichergestellt, dass die Apotheken über die zur Berechnung der Rabatte notwendigen Daten durch Angaben der Hersteller informiert werden.

Über diese Angaben müssen neben den Apotheken auch die Krankenkassen für ihre Abrechnung mit den Apotheken verfügen. Ergänzend sind deshalb die Angaben an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu übermitteln.

Die Erfahrungen im Datenträgeraustausch mit den Leistungserbringern zeigen, dass eine Auskunftspflicht von den Leistungserbringern unterlaufen wird, wenn klare gesetzliche Vorgaben zur Übermittlung dieser Angaben fehlen. In diesen Fällen „liefern“ die Leistungserbringer die Angaben nur in Papierform. Da es im Arzneimittelbereich den Herstellern möglich ist, in einem 14-tägigen Rhythmus ihre Preise zu ändern und ca. 80.000 unterschiedliche Produkte im Markt sind, ist eine Informationsübermittlung auf dem Papierweg weder von den Apothekern noch von den Krankenkassen zeitnah im Rahmen des Abrechnungsverfahrens zu berücksichtigen. Vom Gesetzgeber ist deshalb klarstellend die Datenbereitstellung per Datenträger für diese Angaben vorzusehen.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

In Satz 3 ist folgende Klarstellung vorzunehmen

..., die erforderlichen Angaben zur Bestimmung des Abschlages nach den Absätzen 1 bis 3 sowie nach Artikel 11 Abs. 1 an die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf maschinell lesbaren Datenträgern zu übermitteln."

Artikel 1 Nr. 8 BBSichG (E)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 130 a Abs. 8

(8) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmen zusätzlich zu den Abschlägen nach den Absätzen 1 und 2 Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren. Dabei kann auch ein jährliches Umsatzvolumen sowie eine Abstufung von Mehrerlösen gegenüber dem vereinbarten Umsatzvolumen vereinbart werden. Rabatte nach Satz 1 sind von den pharmazeutischen Unternehmen an die Krankenkassen zu vergüten. Eine Vereinbarung nach Satz 1 berührt Abschläge nach den Absätzen 1 und 2 nicht.

B. Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Vertragsöffnung wird es den Krankenkassen und ihren Verbänden ermöglicht, Direktverhandlungen mit den Herstellern über Rabatte zu führen. Insbesondere im Bereich der integrierten Versorgung und im Rahmen von Modellvorhaben besteht für pharmazeutische Unternehmen ein Anreiz zum Abschluss solcher Rabattvereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen. Die gesetzliche Regelung bietet den Einstieg in direkte Vertragsbeziehungen zwischen pharmazeutischen Herstellern und Krankenkassen und wird deshalb begrüßt.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Kein Änderungsvorschlag

Artikel 4 BSSichG (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Hier: Nummer 1 und 2

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzliche Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen können zu einer Überschreitung der Veränderungsrate bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets führen.

B. Stellungnahme

Die Klarstellung, dass zusätzliche Leistungen in strukturierten Behandlungsprogrammen zu einer Erhöhung der Krankenhausbudgets führen können, ist im Interesse einer zügigen Einführung von Chroniker-Programmen zu begrüßen.

Um nicht gewollte, ausgabensteigernde Effekte aus der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zu vermeiden, ist allerdings genau zu definieren, welche zusätzlichen Leistungen der Behandlungsprogramme den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen. Hierzu zählen ausschließlich die neu durchzuführenden Dokumentationen auch im Zusammenhang mit der Beratung des Versicherten vor einer Einschreibung und ggf. die Schulungen der Patienten.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

1. Artikel 4 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

In Nummer 5 wird das Semikolon nach den Wörtern „geltende Höhe“ durch ein Komma ersetzt. Folgende Nummer wird angefügt:

„6. zusätzliche Leistungen auf Grund des Abschlusses eines Vertrages zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogrammes nach § 137g Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Beitritts zu einem solchen Vertrag, soweit es sich bei diesen um Leistungen nach § 137 f Abs. 2 Satz 1 Nrn. 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch handelt und sie diese Leistungen erforderlich sind, um die Anforderungen des Sechsten Abschnitts der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu erfüllen;“

2. Die Begründung zu Artikel 4 wird wie folgt gefasst:

Nummer 2 lässt eine Überschreitung der Veränderungsrate bei der Vereinbarung des Krankenhausbudgets (Gesamtbetrag) zu, soweit strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) im Rahmen des Gesamtbetrages vergütet werden und diese Programme zusätzliche Leistungen vorsehen, die erforderlich sind, um die Zulassungsvoraussetzungen für die Programme (§ 137 g i.V.m. § 266 Abs. 7 SGB V) zu erfüllen. Zusätzliche Leistungen sind die Dokumentation nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 und die Schulung der Versicherten nach Nr. 4, sofern die Schulung von den Leistungserbringern durchgeführt wird. Des weite-

ren müssen die formalen Voraussetzungen erfüllt sein, d.h. die Programme müssen bereits nach § 137g Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vom Bundesversicherungsamt zugelassen sein. Sie müssen mit dem Krankenhaus vertraglich vereinbart sein oder das Krankenhaus muss dem Vertrag beigetreten sein.

Artikel 5

Gesetz zur Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2003

Satz 1

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz legt für den Krankenhausbereich fest, dass für die Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 6 Abs. 1 BPfIV, der Vereinbarung der Landespunktwerte für Fallpauschalen und Sonderentgelte der BPfIV und für die Vereinbarung der BAT-Berichtigungsrate nach § 6 Abs. 3 BPfIV nicht die durch das BMG veröffentlichte Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V in Höhe von 0,81% West bzw. 2,09% Ost anzuwenden ist, sondern eine Veränderungsrate von 0,0%.

Für Krankenhäuser die gemäß § 17b Abs. 4 Satz 7 bereits im Jahr 2003 auf DRGs umsteigen und dies bis zum 31.10.2002 den Vertragsparteien schriftlich mitgeteilt haben, gilt diese Regelung nicht. Für die Optionskrankenhäuser gilt weiterhin die durch das BMG veröffentlichte Veränderungsrate.

B. Stellungnahme

Die durch das Gesetz verfolgte Zielsetzung, die Krankenhäuser an der Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen, ist zu begrüßen. Da jedoch nach wie vor eine **BAT-Berichtigungsrate** zu vereinbaren und diese als **budgeterhöhender Tatbestand anzuwenden** ist, **wird die Nullrunde zum größten Teil im Krankenhausbereich gar nicht umgesetzt**: Durch die Herabsetzung der Veränderungsrate in § 6 Abs. 3 BPfIV erhöht sich die budgetsteigernde Berichtigungsrate (Differenz zwischen Veränderungsrate und tatsächlicher BAT-Steigerung) entsprechend. Hinzu kommen der Ausschluß der Optionshäuser von der Nullrunde, die zusätzlichen Ausgabenwirkungen für die Disease-Management-Programme (Artikel 4 Nr. 1), die zusätzlichen Ausgaben für neue Arbeitszeitmodelle i.H.v. 0,2 % (§ 6 Abs. 5 BPfIV) und der Erhalt der Ausnahmetatbestände nach § 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV (Veränderung der Leistungsstruktur, Auswirkungen der Krankenhausplanung, Rationalisierungsinvestitionen, Auswirkungen der Psychiatrie-Personalverordnung, Angleichung der Vergütung nach BAT im Beitrittsgebiet) die nach wie vor zwingend Gegenstand der Verhandlungen bleiben (vgl. auch die Klarstellung in Artikel 4 Nr. 3). Letztlich bleiben die Ausgabenrisiken durch die Einführung des DRG-Systems völlig unberücksichtigt (vgl. unten).

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Neuformulierung Satz 1.

Abweichend von § 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für das Jahr 2003 anstelle der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung festgestellten Veränderungsrate eine Rate von Null vom Hundert für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, mit Ausnahme der Vergütungen im Rahmen von Strukturverträgen nach § 73 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, sowie für die Vereinbarung des Gesamtbetrages nach § 6 Abs. 1 Bun-

despflegesatzverordnung und der Höhe der bisherigen Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 6 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung. § 6 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung findet für das Jahr 2003 keine Anwendung.

Folgeänderung: In Artikel 4 Nr. 3 ist die Angabe „Absatz 3“ zu streichen.

Artikel 5

Gesetz zur Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2003

Satz 2

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz sieht vor, dass für Krankenhäuser, die nach § 17b Abs. 4 Satz 7 KHG auf das pauschalierte Entgeltsystem umsteigen wollen und eine entsprechende Erklärung abgegeben haben, die durch das BMG veröffentlichte Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V gilt.

B. Stellungnahme

Durch diese Regelung werden Krankenhäuser, die eine Optionserklärung abgegeben haben ungerechtfertigterweise gegenüber den nicht optierenden Krankenhäusern besser gestellt, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Optionskrankenhäuser ohnehin schon durch bessere Minder-/Mehrerlösausgleichssätze begünstigt sind und von der Möglichkeit der Verweildauer-senkung erhebliche wirtschaftliche Vorteile erlangen können. Es ist somit davon auszugehen, dass für ca. 25% der Krankenhäuser die Veränderungsrate nicht korrigiert wird. Letztendlich führt dies dazu, dass die Zielsetzung des Gesetzes, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um insgesamt 0,34 Mrd. Euro zu entlasten nicht erreicht wird. Einen nachvollziehbaren Grund für diese Ausnahme gibt es nicht.

Aufgrund der ungelösten Fallzahlproblematik ist im übrigen davon auszugehen, dass eine Nullrunde bei der Vereinbarung der Budgets nicht einer Nullrunde der tatsächlichen Ausgabensteigerungen entsprechen wird, da die Ausgleichsmaßnahmen erst in einem späteren Zeitraum (2004 oder 2005) greifen. Angesichts der Tatsache, dass ca. 550 Krankenhäuser ihr Optionsrecht wahrnehmen wollen, können Einsparungen im Krankenhaussektor nicht mehr realisiert werden. Aufgrund der erwarteten Fallzahlsteigerung ist sogar von Mehrausgaben in Höhe von 2 Mrd. € zuzüglich der Grundlohnsteigerung und der Ausnahmetatbestände auszugehen.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Streichen

Wenn jedoch an der Formulierung festgehalten wird, ist Satz 2 wie folgt zu ändern.

Satz 1 gilt nicht für Krankenhäuser, die nach § 17b Abs. 4 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das pauschalierte Entgeltsystem im Jahr 2003 anwenden.

Artikel 5

Gesetz zur Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2003

A. Beabsichtigte Neuregelung

Festschreibung der Gesamtvergütungen für Ärzte und Zahnärzte auf den Stand 2002

Die Gesamtvergütungen für Ärzte und Zahnärzte nach § 85 Abs. 2 SGB V sollen auf dem Stand 2002 eingefroren werden. Die Anbindung an die Grundlohnentwicklung nach § 71 Abs. 3 SGB V wird ausgesetzt. Ausgenommen von dieser Regelung bleiben:

- Vergütungen im Rahmen von Strukturverträgen nach § 73 a SGB V
- Mehrausgaben aufgrund von Disease-Management-Programmen

B. Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung ist notwendig, um Erhöhungen der Beitragsätze der GKV in 2003 nach Möglichkeit zu verhindern. Sie stellt einen zumutbaren Beitrag der Leistungserbringer zur Stabilisierung der GKV dar. Die notwendige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wird nicht gefährdet, weil für entsprechende Vergütungsregelungen Ausnahmen vorgesehen sind (Strukturverträge, Disease-Management-Programme).

Es sollte jedoch bereits im Gesetzestext sichergestellt werden, dass es sich bei den zusätzlichen Leistungen um solche Leistungen handelt, die noch nicht Gegenstand der bisherigen Gesamtvergütungsverträge sind.

Klar gestellt werden sollte, dass die für das Jahr 2003 geltende Ausgabenbegrenzung auch die Ausgangsbasis für die Verhandlungen für das Jahr 2004 darstellt. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass es sich hier um eine auf das Jahr 2003 begrenzte Einsparung handelt, die einer Anrechnung der Grundlohnzuwachsrate in 2003 bei den Verhandlungen für 2004 nicht entgegensteht.

Da im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung im Regelfall feste Punktwerte zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden, sollte eine weitere Klarstellung erfolgen, dass auch für diese Vergütungsparameter im Jahr 2003 eine Rate von Null vom Hundert gilt.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

§ 71 Abs.1 Satz 2 sollte wie folgt formuliert werden:

Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137 g) auf Grund der Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 266 Abs.7 erbracht werden und die noch nicht Gegenstand der bestehenden Vergütungsverträge sind, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Art. 5 des Beitragssatzsicherungsgesetzes sollte durch folgende Sätze ergänzt werden:

1. „Die nach diesem Gesetz bestimmten Gesamtvergütungen sind der Ausgangsbetrag für Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütungen im Jahre 2004.“
2. „Vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages im Rahmen der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung Punktwerte für zahnärztliche Leistungen, gilt für das Jahr 2003 ebenfalls eine Rate von Null vom Hundert.“

Artikel 6

Gesetz zur Absenkung der Preise für zahntechnische Leistungen

A. Beabsichtigte Neuregelung

„Die am 31. Dezember 2002 geltenden Höchstpreise für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen gemäß § 88 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden um 5 vom Hundert abgesenkt. Abweichend von § 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für das Jahr 2003 anstelle der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung festgestellten Veränderungsraten eine Rate von Null vom Hundert für die Vereinbarungen der Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen.“

B. Stellungnahme

Im Gesetzesentwurf zu Artikel 6 BSSichG ist eine Absenkung der zahntechnischen Höchstpreise um 5 % sowie eine Nullrunde auf diese abgesenkte Basis im Jahr 2003 vorgesehen. Mit dieser - auf ein Jahr begrenzten - Absenkung sollen Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von ca. 100 Mio. Euro erschlossen werden. Begründet wird diese Maßnahme u.a. mit dem Argument, dass die Krankenkassen Wirtschaftlichkeitsreserven bisher nur unzureichend nutzen konnten. Es gibt heute schon Anbieter von im Inland gefertigten Zahnersatz, welche die Höchstpreise nach § 88 Abs. 2 SGB V um bis zu 20 % unterbieten.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die hohe prozentuale Kostenbeteiligung der Krankenkassen an der Zahnersatzversorgung (in Härtefällen bis 100 %) zu einem Ausbau der zahntechnischen Versorgungsstruktur in Deutschland geführt hat, die einmalig in der Welt ist. Eine sinkende Nachfrage nach neuen hochwertigen Zahnersatzversorgungen sowie eine Preisabsenkung von 5 % der Höchstpreise können zu einer weiteren Marktbereinigung im Bereich der praxiseigenen und gewerblichen Laboratorien beitragen.

Bei der Erschließung weiterer Wirtschaftlichkeitsreserven kann diese Entwicklung nicht aufgehalten werden. Es ist nicht Aufgabe der GKV, Geldmittel für die Erhaltung privater unwirtschaftlicher Strukturen zur Verfügung zu stellen. Krankenkassen und Patienten profitieren von einer Preissenkung. Den Ausgabenminderungen stehen Mehrausgaben wegen des Wegfalles der Umsatzsteuervergünstigung für zahntechnische Leistungen gegenüber. Der Bezug zahntechnischer Leistungen verteuert sich dadurch um 9 %.

Auf die Umsatzsteueranhebung für zahntechnische Leistungen von 7 % auf 16 % sollte daher verzichtet werden.

Klar gestellt werden sollte allerdings, dass die für das Jahr 2003 geltende Ausgabenbegrenzung auch die Ausgangsbasis für die Verhandlungen für das Jahr 2004 darstellt. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass es sich hier um eine auf das Jahr 2003 begrenzte Einsparung handelt, die einer Anrechnung der Grundlohnzuwachsrate in 2003 bei den Verhandlungen für 2004 nicht entgegensteht.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Art. 6 des Beitragssatzsicherungsgesetzes sollte durch folgenden Satz ergänzt werden:

„Die nach diesem Gesetz getroffenen Vergütungsvereinbarungen sind die Ausgangsbasis für Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütungen im Jahre 2004.“

Artikel 7 BSSichG

A. Beabsichtigte Neuregelung: Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV

Beitragssatzerhöhungen sind im Jahr 2003 unzulässig, sofern sie nicht unabweisbar zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkasse und zur Vermeidung von Kreditfinanzierung notwendig sind.

B. Stellungnahme

Beitragssatzautonomie ist ein wesentliches Recht der Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung hat dieses Recht in der Vergangenheit mit dem nötigen Verantwortungsbewusstsein und Augenmaß im Interesse von Versicherten und Arbeitgebern ausgeübt. Die mit einem gesetzlichen Beitragsstopp zum Ausdruck gebrachte Sorge der Politik ist unverständlich und unbegründet.

Beitragssatzanhebungen wurden und werden nur dann beschlossen, wenn alle Möglichkeiten Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, erschöpft sind. Im Wettbewerb hat der Beitragssatz als wesentliches Entscheidungsparameter der Versicherten eine besondere Bedeutung. Keine Krankenkasse würde ohne unabweisbare Gründe eine Beitragssatzerhöhung vornehmen.

Die vorgesehene Regelung trägt der ggw. sehr unterschiedlichen Finanz- und Vermögenssituation der Krankenkassen durch die Ausnahmeregelungen in Artikel 7 Abs. 3 Rechnung. Sie wird unter der Voraussetzung, dass die Entlastungsmaßnahmen stringent und ohne Abstriche mit Wirkung ab 1.1.2003 umgesetzt werden, zu einer Begrenzung, nicht jedoch zu einer flächendeckenden Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen führen.

Angesichts der sehr angespannten Finanz- und Vermögenslage ist bei einem Teil der Krankenkassen – trotz Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitspotentiale - zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und Vermeidung einer unzulässigen Kreditfinanzierung eine Beitragssatzerhöhung zum 1.1.2003 unabwendbar. Diese müssen von den Aufsichtsbehörden somit auch genehmigt werden.

Um eine rationale Beitragssatzkalkulation nicht zu erschweren, sollte die Auslegung der Ausnahmetatbestände durch die Aufsichtsbehörden der Zielsetzung dieser Regelung gemäß einheitlich erfolgen, um die finanzielle Solidität der gesetzlichen Krankenkassen zu sichern. Das gilt vor allem für Krankenkassen, denen ohne Beitragssatzerhöhung der vollständige Abbau ihrer restlichen Betriebsmittel und Rücklagen und dadurch der Einstieg in die Kreditfinanzierung droht.

Durch den Beitragssatzstopp wird der in § 222 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorgesehene Entschuldungsprozess der Krankenkassen, die nach dem GKV-Finanzstärkungsgesetz einen Entschuldungszeitraum von 10 Jahren zum Abbau ihrer „Altschulden“ zu berücksichtigen haben, faktisch unterbrochen. Um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden, sollte die Neuregelung durch eine entsprechende Klarstellung ergänzt werden.

Für den Bereich der LKV wird angeregt, klarzustellen, dass eine Beitragsanpassung an den Vergleichsbeitrag nach § 40 Abs. 1 Satz 5 i. V. m. § 40 Abs. 2 KVLG 1989 keine Beitragserhöhung im Sinne der angestrebten Regelung darstellt (entsprechend § 38 Abs. 3 KVLG 1989 i. d. F. des 1. NOG, BGBl. 1997 I, S. 1518).

C. Textvorschlag für eine Änderungsformulierung

In § 222 Abs. 2 Satz 2 SGB V sollte die Zahl 10 durch die Zahl 11 ersetzt werden.

Artikel 11 BSSichG

A. Beabsichtigte Neuregelung:

§ 1 Abschläge der pharmazeutischen Großhändler

Die pharmazeutischen Großhändler gewähren den Apotheken für Fertigarzneimittel, die der Verschreibungspflicht aufgrund von § 48 oder § 49 des Arzneimittelgesetzes und dem Versorgungsanspruch nach den §§ 23 Abs.1,27 und 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterliegen, einen Abschlag in Höhe von 3 von Hundert des Arzneimittelabgabepreises.

B. Stellungnahme:

Die Regelung ist für Interpretationen offen, auf welchen Preis die Abschläge nach Artikel 11 anzuwenden sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen verstehen in Analogie zu § 130 Abs. 1 (neu) unter Abgabepreis „den für den Versicherten maßgeblichen“ Arzneimittelabgabepreis und halten eine entsprechende Klarstellung für erforderlich.

Darüber hinaus muss sich der Abschlag auch auf Arzneimittel, die dem Versorgungsanspruch nach § 24 a SGB V dienen, erstrecken.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierungen:

§ 1 Abschläge der pharmazeutischen Großhändler

Die pharmazeutischen Großhändler gewähren den Apotheken für Fertigarzneimittel, die der Verschreibungspflicht aufgrund von § 48 oder § 49 des Arzneimittelgesetzes und dem Versorgungsanspruch nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch unterliegen, einen Abschlag in Höhe von 3 von Hundert des **für den Versicherten maßgeblichen** Arzneimittelabgabepreises.

Ergänzende Forderungen

§ 129 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

Nach § 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind die Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln verpflichtet. Die Krankenkassen haben Anzeichen dafür, dass die Arzneimittelimporteure ihre Preise schrittweise angehoben haben und oftmals nur geringfügig unter dem Preis des Originalherstellers bleiben. Bei der Einführung der sogenannten Importregelung ist man davon ausgegangen, dass sich dadurch Einsparungen für die GKV von rund 10 Prozent erreichen lassen. Insofern wird vorgeschlagen, diesen Preisabstand gesetzlich zu fixieren, um auch die Arzneimittelimporteure angemessen an den Einsparungen im Arzneimittelbereich zu beteiligen.

§ 300 SGB V Arzneimittelabrechnung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern die Streichung der in Absatz 2 festgeschriebenen Möglichkeit für die Apothekenrechenzentren die auf Grundlage der Abrechnung mit den Krankenkassen gewonnenen Daten auch für andere Zwecke zu verarbeiten bzw. zu vertreiben. Dies führt in der Praxis dazu, dass die Krankenkassen die benötigten Daten für ihre gesetzlich vorgeschriebenen Zwecke von den Rechenzentren erst nach Weitergabe an interessierte Kreise erhalten. Darüber hinaus werden die Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen um eine an Qualitätskriterien und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten orientierte Beratung des Vertragsarztes durch die auf die Datenweitergabe aufbauenden Marketingstrategien der pharmazeutischen Industrie konterkariert.

Sonstiges

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern die Vergütungsansprüche an die Leistungserbringer verwaltungspraktikabel und einheitlich zu regeln. Sie halten insofern die Sonderregelung in § 130 Abs. 3 SGB V für entbehrlich.

Vorschlag

Einfügung eines § 71 a SGB V „Zahlungsfristen“

„Sofern eine Zeit für die Zahlung der Vergütung an die Leistungserbringer nicht vertraglich abweichend vereinbart ist, wird die Vergütung 30 Tage nach Zugang einer Rechnung oder gleichwertigen Zahlungsaufstellung fällig.“

**Artikel 1 Nr. 1 Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz (§ 4 Abs. 4 SGB V-E)
Artikel 2 Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz (§ 65 Abs. 3 KVLG 1989-E)**

A. Beabsichtigte Neuregelung: Begrenzung der Verwaltungskosten

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen dürfen 2003 gegenüber 2002 – mit Ausnahme der Mehraufwendungen für strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) - nicht erhöht werden.

B. Stellungnahme

Mit den Einspargesetzen werden Leistungserbringer und Versicherte finanziell belastet. Es ist deshalb sachgerecht, wenn die Koalition auch von den Krankenkassen verstärkte Anstrengungen zur Wirtschaftlichkeit erwartet. Hierzu sind die Krankenkassen bereit.

Allerdings dürfen die notwendigen Bemühungen um Begrenzung der Verwaltungskosten nicht außer Acht lassen, dass es sich um einen relativen kleinen Anteil in Höhe von nur rd. 5 % der Beitragseinnahmen handelt, von denen über 70 % auf Personalkosten entfallen (zum Vergleich: die PKV benötigt für diese Verwaltungsaufgaben mehr als den doppelten Anteil an den Prämien ihrer Versicherten).

Zudem haben sich mit der wettbewerblichen Orientierung der GKV auch die Schwerpunkte ihrer Aufgaben verändert: Während sich die Krankenkassen früher – ähnlich wie die Finanzämter – auf rein administrative Tätigkeiten konzentrierten, hat der Gesetzgeber der GKV in den letzten Jahren in zunehmendem Maß auch gesundheitspolitische Aufgaben – etwa im Bereich der Prävention und zur Verbesserung der Versorgungsqualität - übertragen, die sich auf die Entwicklung der Verwaltungskosten ausgewirkt haben. Dies gilt gleichermaßen für sinnvolle Aktivitäten im Bereich des Vertrags- und Kostenmanagements, die schließlich zur Begrenzung von Ausgaben in weit höherem Umfang etwa beim Krankengeld oder im Krankenhausbereich führen und die Verwaltungskosten belasten. Es wäre unververtretbar, wenn die Begrenzungsregelung bei den Verwaltungskosten zu Lasten des notwendigen Kostenmanagements und der unverzichtbaren Qualitätsverbesserungen – und damit zu Lasten der Patienten und Beitragszahler - ginge.

Nach Satz 2 der Neuregelung *können* Veränderungen der Mitgliederzahl einer Krankenkasse im Jahr 2003 berücksichtigt werden. Diese Ergänzung berücksichtigt, dass Krankenkassen mit einer sinkenden Mitgliederzahl – schon aus arbeits- und tarifrechtlichen Gründen – eine sofortige Anpassung ihrer Beschäftigtenzahl im gleichen Jahr nicht immer möglich ist. Sachgerechte Bezugsgröße für diese Krankenkassen ist deshalb die Gesamtsumme ihrer Verwaltungsausgaben im Vergleich zum Vorjahr.

C. Textvorschlag für eine Änderungsformulierung

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Nr. 2 Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz (§ 35 Abs. 1a SGB V-E)

A. Beabsichtigte Neuregelung

2. § 35 Abs. 1a wird aufgehoben.
3. § 35a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von § 35 wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis zum 31. Dezember 2003 ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. einmalig die Festbeträge für Arzneimittel anzupassen,
2. Gruppen von Arzneimitteln neu zu bestimmen und für diese Festbeträge festzusetzen.“

In Absatz 3 wird Satz 4 aufgehoben und in Satz 5 das Wort „ferner“ gestrichen.

B. Stellungnahme

Mit der Streichung in § 35 Abs. 1 a SGB V wird es den gesetzlichen Krankenkassen nach Ablauf des 31.12.2003 wieder möglich, Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel zu bilden, solange diese nicht wirklich neuartig sind. Damit werden die sogenannten Me too-Präparate wieder in die Festbetragsregelung überführt. Diese Änderung wird begrüßt.

Die Neufassung des § 35 a SGB V ermächtigt zudem das BMG bis zum 31.12.2003 ebenfalls für die Me too-Präparate Festbeträge zu bilden.

Somit wird es mit Inkrafttreten des Gesetzes wieder möglich die Arbeiten an den Festbeträgen für Analogpräparate wieder aufzunehmen.

Die Analogpräparate waren in den letzten Jahren wesentlicher Faktor für die Ausgabensteigerung im Arzneimittelbereich. Mit der Wiedereinführung der Festbeträge für diese Arzneimittel wird die Ausgabenentwicklung dieser Produkte im GKV Markt wieder beeinflussbar.

Weitergehende Ergänzungen sind nicht notwendig.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Kein Änderungsvorschlag