

Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung Arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

(BT-Drs. 16/12256)

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nimmt zum vorliegenden Regierungsentwurf Stellung, soweit die Interessen der Privatversicherten unmittelbar berührt werden. Dies ist bei folgenden Regelungen der Fall:

1.) Artikel 6 Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

Die AMPPreisVO beruht auf der Ermächtigungsgrundlage in § 78 AMG. Gemäß § 78 Abs. 2 Satz 1 AMG wird insoweit vorgegeben, dass die in der AMPPreisV festgelegte Preise und Preisspannen zu allererst den

„berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher“

Rechnung tragen müssen. Dieser gesetzlichen Vorgabe wird die bisherige Regelung des § 5 AMPPreisV über Preise für Zubereitungen aus Stoffen, insbesondere bei der Zubereitung von Arzneimitteln aus teuren Stoffen (z.B. bei Zytostatika-Zubereitungen), nicht gerecht. Neben den betragsmäßig auf unter 10 Euro begrenzten Rezepturzuschlag gemäß § 5 Abs. 3 AMPPreisV tritt gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 AMPPreisV ein betragsmäßig nicht begrenzter Festzuschlag in Höhe von 90 Prozent der Apothekeneinkaufspreise der zuzubereitenden Stoffe. Dies führt in der Praxis bei teuren Stoffen zu sehr hohen und in keiner Weise leistungs- oder aufwandsgerechten Festzuschlägen für die Zubereitung durch den Apotheker. Hier ist im Interesse der privatkrankenversicherten und beihilfeberechtigten Selbstzahler dringend Abhilfe geboten.

Insoweit sieht der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung unter Artikel 7 Nr. 3 Buchstaben c) und d) vor, dass auch Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände mit Apotheken oder deren Verbänden über die der Berechnung zugrunde zu legenden Apothekeneinkaufspreise – vorgesehene Neufassung des § 5 Abs. 4 Satz 2 AMPPreisV – und über die Höhe des Fest- und Rezepturzuschlages – vorgesehene Neufassung des § 5 Abs. 5 Satz 2

AMPreisV – Vereinbarungen treffen können. Dass hier relevante Vereinbarungen, die zu einer Rückführung der Preisgestaltung auf ein angemessenes Niveau führen würden, getroffen werden können, muss jedoch bezweifelt werden, da ohne eine solche Vereinbarung die bisherige Regelung des 90-Prozent-Festzuschlages weiterhin gilt und die Rechnungsstellung auf bisherigem Preisniveau ermöglicht.

Dass Apotheken oder deren Verbände ohne unmittelbare rechtliche Verpflichtung oder wirksame Begrenzung hiervon abrücken und einen niedrigeren Zuschlag im Wege der Vereinbarung zu akzeptieren bereit sind, ist nicht zu erwarten. Dies zeigen bereits die Erfahrungen mit den schon bisher in AMPreisV (§ 5 Abs. 4 Satz 2 und § 5 Abs. 5 Satz 2) enthaltenen Regelungen, nach denen die anderweit zwischen der Apothekerschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbarten Zubereitungspreise auch bei Abgaben von Zubereitungen an Selbstzahler angesetzt werden können. Von dieser Möglichkeit, freiwillig niedrigere Preise – aktuell 53 Euro zzgl. 3 Prozent der Apothekeneinkaufspreise der zubereiteten Stoffe – anzusetzen, ist in der Praxis kein Gebrauch gemacht worden. Anhaltspunkte dafür, dass sich dies im Hinblick auf die neu vorgesehenen Vereinbarungsmöglichkeiten nunmehr ändern könnte, sind nicht ersichtlich.

Der Verband der privaten Krankenversicherung setzt sich daher im Interesse der Patienten dafür ein, dass der Gesetzgeber eine wirksame Begrenzung der Zubereitungspreise vornimmt und die Regelungen des vorliegenden Entwurfs der AMPreisV durch Einführung eines Rechtskriteriums sowie eines festen Höchstbetrages für Arzneimittelzubereitungen dem entsprechend beschränkt. In diesem Sinne unterbreiten wir folgende

Formulierungsvorschläge:

- a) § 5 Abs. 1 Nr. 1 AMPreisV wird nach den Worten „90 Prozent“ ergänzt um:

„bis maximal 75 Euro“

- b) Der neu vorgesehene § 5 Abs. 4 Nr. Satz 2 – Art. 7 Nr. 3 c) bb) des Entwurfs – wird wie folgt gefasst:

„Das gleiche gilt, wenn Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände mit Apotheken oder deren Verbände entsprechende Vereinbarungen treffen; liegt eine solche Vereinbarung nicht vor, müssen angemessene Apothekeneinkaufspreise der Berechnung zugrunde gelegt werden, auf die nach Satz 1 vereinbarten Preise kann abgestellt werden.“

- c) Der neu vorgesehene § 5 Abs. 5 Nr. 2 Satz 2 – Art. 7 Nr. 3 d) des Entwurfs – wird wie folgt gefasst:

„Das gleiche gilt, wenn Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände mit Apotheken oder deren Verbände entsprechende Vereinbarungen treffen; liegt eine solche Vereinbarung nicht vor, müssen angemessene Zuschläge der Berechnung zugrunde gelegt werden, auf die nach Satz 1 vereinbarten Preise kann abgestellt werden.“

2.) Zu Artikel 9 § 44 Abs. 2 SGB V

In Änderung der Regelung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht der Referentenentwurf zum AMG und anderer Rechtsvorschriften vor, wieder einen Krankengeldanspruch an Selbständige einzuräumen, wie er vor dem WSG bestanden hat. Darüber hinaus erhält auch der Personenkreis nach § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V die Möglichkeit, seinen Anspruch auf Krankengeld zu optimieren.

Daneben soll die Option zum Angebot von Wahltarifen für Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V nicht nur bestehen bleiben, sondern wird dahingehend erweitert, dass auch Wahltarife für Krankengeld oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze angeboten werden dürfen. Dieses Nebeneinander von Krankengeld als Grundleistung und als Wahlleistung ist gleich aus mehreren Gründen abzulehnen:

- 1) Die Regelung des § 53 Abs. 6 SGB V ist geschaffen worden, weil Selbständige eben gerade keinen Krankengeldanspruch mehr im Rahmen der Grundleistung ihrer Krankenkasse haben. Wird der Krankengeldanspruch jetzt wieder eingeführt, dann entfällt die Rechtfertigung für § 53 Abs. 6 SGB V.
- 2) Die bisherigen Angebote von Wahltarifen für Krankengeld können nicht den Verdacht entkräften, dass diese Leistungen aus den allgemeinen Haushaltsmitteln der Kassen subventioniert werden müssen. Künftig wird die Quersubventionierung noch verstärkt werden, da die Prämienzahlung unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen ist. Im Widerspruch zu § 53 Abs. 9 SGB V wird damit eine reine Umlagefinanzierung eingeführt, die Mitglieder mit Krankengeldanspruch zu Lasten der nicht erwerbstätigen Mitglieder begünstigt.
- 3) Wenn Arbeitnehmer und Selbständige bezüglich ihres Krankengeldanspruchs gegenüber ihrer Krankenkasse gleichgestellt werden, dann ist auch aus diesem Grund keine Rechtfertigung erkennbar, den Krankenkassen hier die Option eines Wahltarifangebots für ihre Selbständigen zu geben.
- 4) Gegen das Wahltarifangebot der GKV sprechen erhebliche verfassungs- und europarechtliche Einwendungen.

3.) Regelungen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Unter Mitwirkung und mit einem erheblichen Finanzierungsbeitrag der privaten Krankenversicherungsunternehmen wird derzeit die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorbereitet. Da sich unverändert aus keiner gesetzlichen Regelung für die Ärzteschaft die Verpflichtung ergibt, bei privat Krankenversicherten die elektronische Gesundheitskarte verpflichtend einzusetzen, ist zu befürchten, dass ihr Einsatz bei privat Versicherten weitgehend unterbleiben wird. Eine Akzeptanz der Karte durch Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser auf lediglich freiwilliger Basis würde den Nutzen aus den hohen Investitionskosten, die mit dem Einsatz der eGK für die private Krankenversicherung verbunden sind, in die Entscheidung Dritter stellen. Dies wäre völlig inakzeptabel. Zudem wäre kaum vermittelbar, warum die Anwendung der Karte für PKV-Versicherte auf freiwilliger, für GKV-Versicherte aber auf verpflichtender Basis erfolgen soll.

Vor diesem Hintergrund muss eine gesetzliche Verpflichtung zum Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auch bei privat Krankenversicherten, selbstverständlich unter Berücksichtigung der für diesen Bereich bereits gesetzlich definierten Regelungen zum Datenschutz, festgelegt werden. Dies kann dadurch geschehen, dass

- in § 257 SGB V die Zahlung des Krankenversicherungszuschusses nach Absatz 2 a durch Einfügung einer weiteren Ziffer an die Ausgabe einer eGK durch das Versicherungsunternehmen gebunden wird;
- in § 291 a nach Absatz 1 a ein Absatz 1 b eingefügt wird, der den verpflichtenden Einsatz der eGK bei privat Versicherten im gleichen Umfang, wie bei den gesetzlich Versicherten vorsieht.