

BKK Bundesverband

Büro Berlin
Albrechtstr. 10b
10117 Berlin
T:030-22312-0
F:030-22312-119
politik@bkk-bv.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0065(18)
gel. VB zur Anhörung am 29.9.
2010_AMNOG
22.09.2010



22. September 2010

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes

vom 22. September 2010

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes
in der gesetzlichen Krankenversicherung
vom 06.07.2010 - BT-Drs. 17/2413**



Seite 2

Der BKK Bundesverband schließt sich für die rein arzneimittelrechtliche Bewertung des Gesetzesentwurfes grundsätzlich der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) an.

Darüber hinaus sehen die Betriebskrankenkassen noch folgenden Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf.

Im Einzelnen handelt es sich um die folgenden Punkte:

- Artikel 1, Nr. 1 (§ 13 SGB V) und Nr. 14 (§ 129 SGB V) – Mehrkostenregelung und Kostenerstattung
- Artikel 1, Nr. 13 (§ 106 SGB V) – Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

Bei der Bewertung der Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts (Artikel 1, Nr. 9 - § 69 Abs. 2 SGB V) teilt der BKK Bundesverband die Position des GKV-Spitzenverbandes in einem entscheidenden Punkt ausdrücklich nicht. Dabei handelt es sich um die vom GKV-SV vorgeschlagene Ausnahmeregelung für Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen.



Artikel 1

(Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 (§ 13) und Nr. 14 (§ 129)

Kostenerstattung für gewählte Arzneimittel

Mit der Änderung des § 129 SGB V sollen die Versicherten die Möglichkeit bekommen, andere Generika-Präparate zu wählen als die, für die ihre Krankenkasse Vereinbarungen nach § 130a Absatz 8 geschlossen hat. Dafür sollen die Versicherten im Rahmen einer Mehrkostenregelung Kostenerstattung erhalten. Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich das Anliegen, den Versicherten größere Wahlfreiheiten zu gewähren. Es muss jedoch abgewogen werden, ob zusätzlich entstehender Verwaltungs- und Kostenaufwand in einem angemessenen Verhältnis zu diesem Mehrwert für die Versicherten steht, insbesondere in Zeiten, in denen die Krankenkassen regelmäßig mit dem Vorwurf steigender Verwaltungsausgaben konfrontiert werden.

- So ist zu befürchten, dass die Einführung der Kostenerstattung durch die Mehrkostenregelung in § 13 die Verhandlungsmacht der Krankenkassen bei den Rabattverträgen und damit auch deren Einsparpotentiale entscheidend abschwächen könnte. Dies liegt darin begründet, dass gegenüber der Pharmazeutischen Industrie nicht mehr wie bisher bestimmte Abnahmemengen garantiert werden können. Ohne verlässliche Aussagen zu Umsätzen können die Krankenkassen die Einnahmen aus den Rabattverträgen nur sehr schlecht kalkulieren und mit den Herstellern keine attraktiven Rabattsätze verhandeln. Es droht das Aushöhlen der Rabattverträge.
- Darüber hinaus würde die Umsetzung der Mehrkostenregelung für die Krankenkassen vor allem einen erheblichen zusätzlichen Bürokratieaufwand bedeuten. Für die Eingabe eines Rezeptes bis hin zur Bearbeitung der Kostenerstattung müssten bei den Kassen neue Bürokratiestrukturen aufgebaut werden. Selbst bei einer sehr konservativen Schätzung, die von einer 10-prozentigen



Seite 4

Inanspruchnahme der Kostenerstattung durch die Versicherten ausgeht, würden etwa einer größeren Betriebskrankenkasse geschätzte zusätzliche Verwaltungskosten von über 1 Millionen Euro entstehen.

- Die Krankenkassen müssen in ihrer Satzung regeln, in welcher Form die Mehrkosten zu berücksichtigen sind – hierbei soll eine pauschalierte Berücksichtigung erfolgen. Dieses Verfahren der Pauschalierung der Mehrkosten in der Satzung ist ein kompliziertes Verfahren, das in der Kalkulation nicht verlässlich und planbar eingesetzt werden kann. So kann z. B. die Preisspanne der zu vergleichenden Arzneimittel sehr groß sein. Der Rechenweg für eine derartige Pauschale ist aus mathematischer Sicht völlig unklar.
- Die den Kassen durch die Regelung entstehenden zusätzlichen Bürokratiekosten werden zwangsläufig in die Pauschale integriert werden. Dadurch wird sich die Aufzahlung der Versicherten erhöhen. Es besteht die Gefahr, dass Versicherte diese Kosten in medizinisch begründeten Fällen tragen müssen, da der verschreibende Arzt nach Einführung dieser Regelung eventuell weniger geneigt sein wird, die Substitution mittels „non-aut-idem“ außer Kraft zu setzen, da dies (sofern diese Regelung über Gebühr beansprucht wird) durchaus mit Risiken verbunden ist. Gleiches gilt für den Apotheker, der ebenso sein Recht, eine „pharmazeutische Ausnahme“ geltend zu machen, weniger nutzt, um das Retaxationsrisiko sowie Aufwendungen bei der Dokumentation geringfügig zu halten. Möglicherweise werden auch andere Anreize gesetzt, den Versicherten mittels des Apothekers von einem anderen Hersteller zu überzeugen. Es steigt somit das Risiko für den Versicherten – dem Sachleistungsprinzip zuwider – Therapiekosten zu übernehmen.
- Hinzu kommen eine Reihe offener Fragen, die die Praktikabilität der Umsetzung der Regelung betreffen. Diese beziehen sich vor allem auf den Ablauf der Erstattung der gesetzlichen Rabatte. Hier müssen weitere Präzisierungen erfolgen. Hierbei muss auch geregelt werden, wie die Krankenkassen im Falle



Seite 5

der Selbsteingabe des Rezeptes die morbiditätsrelevanten Daten auf verlässlichem Wege ohne direkten elektronischen Datenträger weitergeben können.

Hat eine Krankenkasse mehr als einen Rabattvertragspartner, stellt sich die Frage, in welcher Höhe die Erstattung der verauslagten Kosten zu erfolgen hat. Der Apotheker darf dem Grunde nach Arzneimittel abgeben, für welche die Krankenkasse Rabattverträge geschlossen hat. Welches der Apotheker im konkreten Fall abgegeben hätte, lässt sich naturgemäß nicht feststellen. Dies könnte zu unnötigen Rechtsstreitigkeiten führen.



Artikel 1

(Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 (§ 69 Abs. 2)

Geltung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)

Der BKK Bundesverband begrüßt das Vorhaben des Gesetzgebers, das Kartellverbot auf Selektivverträge anzuwenden, ausdrücklich. Mit der Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts als Ordnungsrahmen für die GKV wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Grundlage für einen fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen geschaffen. Die vorgesehene Anwendung des Kartellverbotes im selektivvertraglichen Bereich verhindert, dass Krankenkassen ihre Marktmacht im Wettbewerb missbräuchlich nutzen, soweit sie das Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern betreffen.

Besonders kritisch sieht der BKK Bundesverband daher die Forderungen von marktstarken Krankenkassen, den Gesetzestext insoweit zu ändern, dass Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen generell vom Kartellverbot ausgenommen werden. Im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) sind bereits Ausnahmeregelungen für so genannte Mittelstandskartelle vorgesehen. Danach sind auch nach Anwendung des Kartellverbotes Zusammenschlüsse von Krankenkassen als Einkaufskooperationen bis zu einer gewissen Marktgröße weiterhin möglich. Die Betriebskrankenkassen halten es daher aus wettbewerbspolitischen und rechtssystematischen Gründen für äußerst problematisch, Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen generell vom Kartellverbot auszunehmen. Mit dieser Regelung würde die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts auf die Selektivverträge in das Belieben der Normadressaten gestellt und damit de facto ausgehebelt. Diese Ausnahmeregelung führt letztlich dazu, dass die marktstarken Wettbewerber des GKV-Systems z. B. durch kassenarteninterne Arbeitsgemeinschaften zusätzliche gravierende Wettbewerbsvorteile gegenüber den kleineren GKV-Kassen ausspielen können.



Seite 7

Wir halten es daher für höchst problematisch, dass sich der GKV-SV in seiner Stellungnahme zum AMNOG für diese Ausnahmeregelung für Arbeitsgemeinschaften ausspricht. Zwar verdeutlicht der GKV-SV in seiner Stellungnahme, dass seine „Position zur Anwendbarkeit des Kartellverbotes nicht von allen seinen Mitgliedern, aber mehrheitlich getragen wurde“. Aus dieser Formulierung wird jedoch nicht deutlich, dass der Verwaltungsrat des GKV-SV seine Position zum Wettbewerbs- und Kartellrecht mit äußerst knapper Mehrheit getroffen hat.

Abgesehen von der Ausnahmeregelung für Arbeitsgemeinschaften teilt der BKK Bundesverband jedoch die weitere Bewertung der kartell- und wettbewerbsrechtlichen Auswirkungen des AMNOG, die der GKV-SV in seiner Stellungnahme vornimmt: Es bedarf zum einen unbestritten gesetzgeberischer Klarstellungen, um zu verhindern, dass das Kartellverbot auf die kollektivvertraglichen Rechtsbeziehungen von Krankenkassen und Leistungserbringern sowie Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) angewandt wird. Auch teilt der BKK Bundesverband die Auffassung des GKV-SV, an der Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit festzuhalten, um die Krankenkassen vor einer mit rechtlichen Unsicherheiten verbundenen erneuten Änderung des Rechtsweges zu schützen und um zu gewährleisten, dass in Wettbewerbsstreitigkeiten die Besonderheiten des Sozialrechts sowie der Versorgungsauftrag der Krankenkassen umfassend berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag:

Der BKK Bundesverband schlägt folgende Fassung des § 69 Abs. 2 SGB V vor:

*„Die §§ 1-3, 19-21, 32-34a und 48-95 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend; die Vorschriften des 4. Teiles des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden. **Satz 1 gilt nicht für Verträge und sonstige Vereinbarungen von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern oder deren Verbänden, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetz-***



lich verpflichtet sind. Satz 1 gilt ebenfalls nicht für Beschlüsse, Empfehlungen, Richtlinien und sonstige Entscheidungen der Krankenkassen oder deren Verbänden, zu denen sie gesetzlich verpflichtet sind, sowie für Beschlüsse, Richtlinien und sonstige Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die in Satz 1 genannten Vorschriften gelten mit der Maßgabe, dass der Versorgungsauftrag der Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist.“



Artikel 1

(Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 (§ 106)

Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Beabsichtigt ist, dass die Vertragspartner die Prüfungsstelle gegen Erstattung des Aufwands mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen in vertraglichen Versorgungsformen nach §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. gemeinsam beauftragen können.

Die Gesetzesbegründung überzeugt dem Grunde nach. Jedoch dürfte eine Beauftragung der Prüfungsstelle eine vertragliche Regelung in den nach §§ 63, 73b, 73c und 140a ff. geschlossenen Verträgen voraussetzen. In diesem Zusammenhang ergibt sich die Besonderheit, dass die Gemeinschaften nach § 73b Absatz 4 Satz 1 Anspruch auf Vertragsschluss haben. Eine entsprechende Vereinbarung wird sich demnach voraussichtlich weder im Verhandlungswege noch durch Schiedsspruch realisieren lassen, obgleich ein nicht unerheblicher Anteil der Verordnungen zukünftig über die Hausarztverträge laufen wird. Insgesamt hätte dies zur Folge, dass dieser Bereich der Prüfung vollständig entzogen wird.

Änderungsvorschlag

Da die Gemeinschaften nach § 73b Absatz 4 Satz 1 ohnehin privilegiert sind und an den Verträgen nur Vertragsärzte teilnehmen dürfen, erscheint es sachgerecht, diesen Bereich durch Gesetz in den Anwendungsbereich des § 106 zwingend einzubeziehen. Alternativ könnte in § 73b verbindlich vorgegeben werden, dass die Vertragspartner nach § 73b eine Regelung zu § 106 treffen zu haben.