

02.09.22**Empfehlungen
der Ausschüsse**

G - Fz - Wi

zu **Punkt ...** der 1024. Sitzung des Bundesrates am 16. September 2022

Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz - GKVFinStG)

A

Der **federführende Gesundheitsausschuss (G)** und
der **Wirtschaftsausschuss (Wi)**

empfehlen dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

G 1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 4 Absatz 5 SGB V)

Artikel 1 Nummer 1 ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass im Jahr 2023 sich die sächlichen Verwaltungsausgaben – mit Ausnahme der Kosten für Sozialwahlen und Aufwendungen für Datentransparenz – der einzelnen Krankenkasse nicht um mehr als 3,0 Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöhen dürfen.

Zu den sächlichen Verwaltungskosten gehören neben den Aufwendungen für den Geschäftsbedarf, technischer Geräteausstattung, EDV-Software und Kosten für Telekommunikation auch Aufwendungen für Gebäudemieten und Kosten für die Unterhaltung der Gebäude, zu denen auch Strom- und Heizkosten gehören.

Die Inflationsrate ist in Deutschland im Juli 2022 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zum zweiten Mal in Folge leicht zurückgegangen, dennoch stiegen die Verbraucherpreise im Juli um 7,5 Prozent. Ähnlich wie in den Vormonaten heizten die Preise für Energie und Nahrungsmittel die Inflation im Juli kräftig an. So verteuerte sich Energie gegenüber dem Vorjahresmonat um 35,7 Prozent. Dies trifft unmittelbar auch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, da deren Gebäude zumeist auch mit Gas geheizt werden und zur Sicherstellung des Geschäftsbetriebs unter anderem viel Strom für die Datenverarbeitung verbraucht wird.

Zur Kompensation der hohen Energiepreise beabsichtigt die Bundesregierung, für einen befristeten Zeitraum einen niedrigeren Mehrwertsteuersatz auf Erdgas und auch die staatlich veranlasste Gasumlage zu verlangen. Diese Maßnahme wird zwar die Gasumlage zu einem großen Teil kompensieren, die Steigerung der Gaspreise wird jedoch die Verbraucher unmittelbar treffen. Da Krankenkassen ihre Energieverträge in der Regel jährlich abschließen, sind im Jahr 2023 deutliche Steigerungen bei den sächlichen Verwaltungskosten zu erwarten.

Weiterhin ist zu bedenken, dass sich die Begrenzung der Ausgabensteigerung unmittelbar auf Erhaltungs-, Sanierungs- und Erneuerungsmaßnahmen auswirkt und Investitionen verhindert. Dies führt mittel- und langfristig zur Mehraufwendungen in diesen Bereichen.

Eine Begrenzung der Steigerungsrate der sächlichen Verwaltungskosten auf 3,0 Prozent ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht und realitätsfern. Daher ist die Regelung zu streichen oder zumindest dahingehend zu ändern, dass die Konten 7110 und 7111 ausgenommen werden, wie Kosten für Sozialwahlen und Aufwendungen für Datentransparenz.

G 2. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa
(§ 35a Absatz 1 Satz 12 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa ist die Angabe „20 Millionen“ durch die Angabe „30 Millionen“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht eine (weitere) Absenkung der Umsatzschwelle für Orphan Drugs bei der Nutzenbewertung von derzeit 50 auf 20 Millionen Euro bezogen auf zwölf Monate vor, nachdem im Jahr 2019 bereits mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) die Umsatzschwelle für Arzneimittel zur Behandlung von seltenen Leiden durch Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf den stationären Bereich faktisch abgesenkt wurde. Somit würde zukünftig viele Orphan Drugs rechtlich wie alle anderen Arzneimittel behandelt und einer vollumfänglichen Nutzenbewertung mit anschließender Erstattungsbeitragsverhandlung unterworfen. Damit ginge ein wichtiger

wirtschaftlicher Anreiz verloren, in Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln für kleine Patientengruppen zu investieren, die sich nachteilig auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Leiden auswirken könnte. Deshalb sollte die Absenkung der Umsatzschwelle für Orphan Drugs maßvoll erfolgen. Die Auswirkungen der Maßnahme für die Versorgung sollten beobachtet werden.

G 3. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b (§ 35a Absatz 3 Satz 4 SGB V)

Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b ist zu streichen.

Folgeänderung:

Artikel 1 Nummer 13 ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht einen zusätzlichen Abschlag von 20 Prozent auf den bereits ausgehandelten Erstattungsbetrag nach Nutzenbewertung vor, wenn zwei neue Wirkstoffe in Kombination eingesetzt werden. Dadurch werden Innovationsbemühungen konterkariert. Kombinationstherapien haben eine große Bedeutung für den therapeutischen Fortschritt. Viele Therapieziele, insbesondere in der Onkologie, können nur erreicht werden, wenn Wirkstoffe synergistisch kombiniert werden. Auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung der personalisierten Medizin ist diese Regelung abzulehnen. Das bewährte System der Preisbildung nach dem AMNOG-System sollte beibehalten werden.

G 4. Zu Artikel 1 Nummer 2a – neu – (§ 73b Absatz 4 Satz 2 SGB V) und
Nummer 13a – neu – (§132a Absatz 4 Satz 9 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. § 73 Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Kommt ein Vertrag nach Absatz 4 ganz oder teilweise nicht zustande und kann mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung des Vertrages auf dem Verhandlungsweg nachweisen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen.“ ‘

b) Nach Nummer 13 ist folgende Nummer 13a einzufügen:

,13a. § 132a Absatz 4 Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Kommt ein Vertrag nach Absatz 4 Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande und kann mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung des Vertrages auf dem Verhandlungsweg nachweisen, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.“ ‘

Begründung:

Die Bundesregierung will mit dem GKV-FinStG die Voraussetzungen zur Einleitung des Schiedsverfahrens bezogen auf § 125a Absatz 3 SGB V konkretisierend einführen. Im Hinblick auf einen Gleichklang in der Rechtsanwendung inhaltsähnlicher Sachverhalte wird es als sinnvoll und geboten erachtet, bezogen auf § 73b Absatz 4 SGB V und § 132a Absatz 4 Satz 9 SGB V ebenfalls konkretisierende Regelungen einzuführen. Insofern lehnen sich die vorgeschlagenen Änderungen stark an den aktuell unter Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb GKV-FinStG vorgesehenen Regelungen an.

Es ist zunehmend festzustellen, dass sich bei den Aufsichtsbehörden Anträge auf Bestimmung von Schiedspersonen nach § 132a Absatz 4 Satz 10 SGB V mehren, obwohl teilweise ernsthafte Verhandlungen noch gar nicht stattgefunden haben. Es wird davon ausgegangen, dass dieser Trend angesichts der auseinanderdriftenden Interessen von Krankenkassen mit der Pflicht zum wirtschaftlichen/sparsamen Mitteleinsatz und denen der Leistungserbringenden, die steigenden Kosten abdecken zu können, anhalten und sich ausweiten wird. Die jetzige gesetzliche Regelung ist nicht eindeutig und fordert keine ernsthaften Verhandlungen.

G 5. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 85 Absatz 2d Satz 3 SGB V) und Buchstabe b (§ 85 Absatz 3a Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a und b ist in § 85 Absatz 2d und Absatz 3a jeweils der Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 28 Absatz 2 Satz 1 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in Verbindung mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie).“

Begründung

Die G-BA Richtlinie zur neuen Parodontitistherapie (PAR-Richtlinie) ist erst zum 1. Juli 2021 in Kraft getreten. Die zahnärztliche Behandlung der Volkskrankheit Parodontitis (PAR) ist medizinisch erforderlich, um Zahnverlust zu vermeiden. Parodontitis steht insbesondere im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Auch stellt sie ein Risiko für Schwangere dar. Die PAR-Therapie dient der Prävention und unterliegt in jedem Einzelfall der vorherigen Genehmigung der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten.

Die neue PAR-Versorgung befindet sich noch in der Einführungsphase. Die neuen PAR-Leistungen werden daher nach einer Anlaufphase in 2022 schwerpunktmäßig erst in den Jahren 2023 und 2024 anfallen. Die im Gesetzentwurf des GKV-FinStG vorgesehenen Budgetierungsregelungen würden dazu führen, dass aus den gedeckelten Gesamtvergütungen zusätzlich auch die neu in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommenen PAR-Leistungen finanziert werden müssen. Die Kappung der notwendigen Finanzmittel führten zu einer unsachgemäßen Reduzierung der neuen PAR-Versorgungsstrecke und damit zu einer Rationierung des Leistungsangebots. Dies gilt es durch die Bevorzugung der PAR-Leistungen zu verhindern.

G 6. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 87a Absatz 3 SGB V)

Bei Annahme entfällt Ziffer 7

Artikel 1 Nummer 5 ist zu streichen.

Begründung:

Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte Regelung zur außerbudgetierten Vergütung von Leistungen für Neupatienten soll bis zum 31. Dezember 2022 befristet werden und dann ersatzlos entfallen, die Gesamtvergütung soll bereinigt werden.

In der Begründung heißt es hierzu: „Die bislang vorliegenden Zahlen lassen jedoch nicht darauf schließen, dass mit Inkrafttreten dieser Regelung Verbesserungen in der Versorgung eingetreten sind, obwohl Mehrausgaben bei der GKV erzeugt wurden.“ (Seite 31).

Die bisherige Regelung diene insbesondere der Verbesserung und Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, indem ein finanzieller Anreiz zur Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten eingeführt wurde, welche zumindest in den letzten beiden Jahren dort nicht untersucht oder behandelt wurden (ähnlich wie bei einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle nach Nummer 3). Durch die Betreuung von Neupatienten entsteht bei einer ausführlichen Patientenanamnese, der Erhebung der Krankheitsgeschichte etc. ein besonderer Aufwand.

Für die Annahme, dass diese Regelung zu keiner Verbesserung der Versorgung (unter anderem bei den Wartezeiten und der Vermeidung von Krankenhausaufnahmen) beigetragen habe, sind hier bisher keine Anhaltspunkte ersichtlich und wird seitens des Bundesministeriums für Gesundheit auch nicht fundiert

begründet. Eine sachgemäße Evaluierung sollte zudem auch einen angemessenen Zeitraum nach Auslaufen der pandemischen Auswirkungen bei der Leistungsanspruchnahme beinhalten. Ebenfalls wäre zu prüfen, ob zur Begrenzung der GKV-Ausgaben in diesem Bereich alternativ zumindest ein extrabudgetärer Zuschlag auf die jeweilige Versicherten- und Grundpauschale erfolgen sollte; dies war schon im Gesetzentwurf zum TSVG geplant und unter anderem vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich begrüßt worden (siehe Stellungnahme vom 10. Januar 2019, Seite 115 f. zu BT-Drucksache 19/6337).

Die Neuregelung ist zudem im Koalitionsvertrag nicht vorgesehen. Dort heißt es vielmehr (Seite 85): „Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf.“ Erst daraus würden sich folgerichtig notwendige Anpassungen bei den bisherigen Regelungen zur außerbudgetären Vergütung nach § 87a Absatz 3 SGB V ergeben.

G 7. Hilfsempfehlung zu Ziffer 6

Entfällt
bei An-
nahme
von
Ziffer 6

Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 87a Absatz 3 Satz 14 – neu –,
Satz 15 – neu –,
Satz 16 – neu – und
Satz 17 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 5 ist wie folgt zu fassen:

„5. Dem § 87a Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss evaluiert für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 30. September 2024, inwieweit durch die Vergütung der Leistungen nach Satz 5 Nummer 5 und Nummer 6 außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung eine Verbesserung des Zugangs von Neupatienten zur ärztlichen Versorgung eingetreten ist.

Der Bewertungsausschuss evaluiert für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 30. September 2024, inwieweit durch die Vergütung der Leistungen nach Satz 5 Nummer 6 außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütung eine Verbesserung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung eingetreten ist.

Über das Verfahren der Evaluierungen hat der Bewertungsausschuss mit dem Bundesministerium für Gesundheit Einvernehmen herzustellen.

Der Bewertungsausschuss hat das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2025 über die Ergebnisse der Evaluierung hinsichtlich des Zugangs von Neupatienten zur ärztlichen Versorgung und hinsichtlich des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung zu berichten.“ ‘

Begründung:

Die im Gesetzentwurf geplante Beendigung der extrabudgetären Vergütung für Leistungen im Rahmen der Behandlung von Neupatienten (Neupatientenregelung) führt zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung durch eine Erhöhung der Wartezeiten für GKV-Versicherte. Gerade in Anbetracht der Berichte über regional auftretende nicht unerhebliche Wartezeiten auf Behandlungstermine ist dies ein falsches Signal. Da die Betreuung von Neupatienten aufwändiger ist, ist deren extrabudgetäre Vergütung auch sachgerecht. Die für die geplante Abschaffung herangezogene Begründung, wonach das Ziel, Patienten schneller einen Facharzttermin zu ermöglichen, nicht erreicht worden sei, ist zudem bisher nicht belegt. Bevor ein versorgungspolitisch sinnvolles Instrument wie die Neupatientenregelung aufgehoben wird, bedarf es einer umfassenden Evaluation ihrer Wirkung, gerade auch mit Blick auf die Behandlung von neuerkrankten Patienten und den hierzu erforderlichen organisatorischen Aufwänden. Um auch die Effekte aufgrund der Corona-Pandemie zu berücksichtigen und die Datenströme für das abschließende Evaluierungsquartal 3/2021 vollständig auswerten zu können, ist für den Bewertungsausschuss eine Berichtsfrist bis zum 31. März 2025 vorzusehen. Diese Evaluation soll im Einklang und Gleichlauf mit der im Gesetzentwurf bereits für die offenen Sprechstunden vorgesehenen Evaluation erfolgen.

- G 8. Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu – (§ 95 Absatz 1a Satz 1 und Satz 6 – neu – SGB V), Nummer 5b – neu – (§ 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 SGB V) und Nummer 5c – neu – (§ 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 sind nach Nummer 5 folgende Nummern 5a, 5b und 5c einzufügen:

5a. § 95 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Kommunen“ die Wörter „sowie von Kassenärztlichen Vereinigungen“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Für ein durch die Kassenärztliche Vereinigung betriebenes medizinisches Versorgungszentrum gilt die Maßgabe, dass die Vertragsarztsitze nachfolgend an die dort tätigen angestellten Ärzte zur ortsnahen selbständigen Niederlassung übertragen werden sollen.“

5b. § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. ob der Bewerber ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder des medizinischen Versorgungszentrums oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,“

G [9.] [5c. In § 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. Förderung der von der Kassenärztlichen Vereinigung betriebenen medizinischen Versorgungszentren.“ ‘]

Begründung:

Zu Nummer 5a:

a) Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte ist in Deutschland ein wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge. Allerdings zeichnen sich in einigen, insbesondere ländlichen und strukturschwachen Regionen, Versorgungsengpässe ab.

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die KBV haben die Aufgabe, die ambulante, medizinische Versorgung für die Versicherten flächendeckend und wohnortnah zu garantieren.

Zur umfassenden Erfüllung der Verpflichtung der sich aus § 75 SGB V ergebenden Sicherstellung und zur aktiven Versorgungssteuerung ist es notwendig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb ihres Zuständigkeitsgebietes alle geeigneten Sicherstellungsinstrumente nutzen und ausschöpfen können. Dazu gehört auch, selbständig Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen und betreiben zu können. Insbesondere, um bestehende haus- und kinderärztliche Vertragsarztsitze in unterversorgten Planungs- und Teilbereichen bei einer Praxisaufgabe zu erhalten und einer späteren Nachbesetzung zuführen zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten damit eine weitere Handlungsoption neben der bereits bestehenden Möglichkeit, Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1c SGB V zu gründen.

b) Die Regelung verdeutlicht die Zielrichtung der Versorgungssteuerung und der Schaffung von niederschweligen Zugangsmöglichkeiten in die selbständige Niederlassung. Die Regelung einer zeitlich befristeten Haltedauer der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Sitze ist aufgrund der teils schwierigen Nachfolgesituationen nicht angezeigt.

Zu Nummer 5b:

Die Änderung ist für die Schaffung einer privilegierten Zulassung der im MVZ tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten notwendig.

[Zu Nummer 5c:

Die Kassenärztliche Vereinigung soll die Möglichkeit erhalten, die Gründung und den Betrieb eines von ihr betriebenen MVZ auch aus Mitteln des Strukturfonds zu fördern.]

[zu
Ziffer 9]

G 10. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a (§ 120 Absatz 2 Satz 7 SGB V)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe a ist zu streichen.

Begründung:

Die bisherige nicht obligatorische Anbindung („Soll-Regelung“) der Vergütung für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 6b SGB V an den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen soll beibehalten werden. Es erscheint kontraproduktiv, die bislang gut funktionierende Vergütung der Leistungen der PIAs über unmittelbare Vereinbarungen mit den Krankenkassen durch eine bundeseinheitliche Regelung partiell abzulösen und so den Verhandlungsspielraum in Vergütungsfragen zu beschneiden.

Auch die in der Begründung des Gesetzentwurfs angeführte Sicherstellung der „gleichen Vergütung für gleiche Leistung“ überzeugt nicht. Denn es ist zu berücksichtigen, dass die PIAs mit ihrem Leistungsspektrum und multiprofessionellen Teams einen speziellen Versorgungsauftrag für Patienten besitzen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung gerade auf eine Behandlung durch psychiatrische Krankenhäuser angewiesen sind. In den PIAs werden daher nicht ausschließlich die gleichen Leistungen wie im niedergelassenen Bereich erbracht.

G 11. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb Dreifachbuchstabe aaa (§ 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2 SGB V)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb Dreifachbuchstabe aaa ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf enthält in Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b eine Änderung des § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2 SGB V (Ersteinschätzungsverfahren). Dort heißt es in der Neufassung:

„2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals in den Fällen, in denen das nicht-ärztliche medizinische Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist,“

Aktuell beinhaltet § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2 SGB V folgende Formulierung:

„2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,“

Bei der Neufassung soll es sich laut Begründung des Gesetzentwurfs nur um eine Klarstellung der gesetzgeberischen Intention handeln. Jedoch geht diese Neufassung vielmehr weit über eine Klarstellung hinaus. Die jetzige Formulierung ist dahingehend ergebnisoffen, wann und in welcher Form die Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs für erforderlich gehalten wird. Hingegen geht die Neufassung davon aus, dass das nichtärztliche medizinische Personal grundsätzlich zur Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs ohne die Einbeziehung ärztlichen Personals in der Lage ist. Dies ist insbesondere dann als problematisch zu bewerten, wenn die Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs die Weiterleitung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren nach § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 5 SGB V zur Konsequenz hat und der Patient beziehungsweise die Patientin unter Verweis auf eine nichtärztliche Beurteilung und Weiterleitung eine Zustandsverschlechterung oder einen Schaden erleidet.

Die mit der nichtärztlichen Entscheidung zur Weiterleitung nach § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 5 SGB V verbundene Haftung im Falle des Eintretens einer Zustandsverschlechterung oder eines Schadens ist nicht geklärt und damit als sehr kritisch zu bewerten.

Die Änderung bleibt auch unter Berücksichtigung der Begründung nicht nachvollziehbar. Vielmehr bleibt unklar, woher der Gesetzgeber seine Erkenntnis ableitet, wonach das nichtärztliche medizinische Personal nunmehr zur abschließenden Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs grundsätzlich allein in der Lage sein soll und die Hinzuziehung ärztlichen Personals in diesem Fall nur noch den Ausnahmefall darstellt. Die Festlegung, wann ärztliches Personal bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs einzubeziehen ist oder nicht, sollte aus Gründen der Patientensicherheit erst mit der genaueren Ausarbeitung des Ersteinschätzungsverfahrens in Verbindung mit deren wissenschaftlicher Gütebewertung erfolgen. Eine Vorwegnahme dieser Einschätzung durch eine gesetzliche Neufassung von § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2 SGB V ist derzeit weder sinnvoll noch im Gesetzentwurf nachvollziehbar begründet.

G
Wi 12. Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V)

Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Neuregelung aufzunehmen, durch die die Importförderklausel in § 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V abgeschafft wird.

[nur G]

[Begründung:

§ 129 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V verpflichtet Apotheken, unter den dort und in § 129 Absatz 1 Satz 8 SGB V genannten Voraussetzungen sowie nach Maßgabe des Rahmenvertrags über die Arzneimittelversorgung nach

§ 129 Absatz 2 SGB V preisgünstige importierte Arzneimittel abzugeben. Diese Pflicht zur vorrangigen Abgabe importierter Arzneimittel verursacht für die Apotheken selbst in Fällen ohne besondere Vorkommnisse einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand, der ihnen nicht gesondert vergütet wird.

Der Rahmenvertrag enthält komplexe Vorgaben für die Apotheken zur Auswahl des abzugebenden Arzneimittels und zur Ermittlung ihrer Einsparungen. Wird das vorgegebene Einsparziel in einem Kalenderquartal nicht erreicht, drohen der Apotheke Retaxierungen durch die Krankenkassen. Die einzelnen Schritte und die Dokumentation des Vorgehens stellen in der Gesamtschau für die Apotheken einen hohen Aufwand dar.]

G 13. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 130 Absatz 1a SGB V)

Artikel 1 Nummer 10 ist zu streichen.

Begründung:

Die geplante Erhöhung des Apothekenabschlags für verschreibungspflichtige Arzneimittel und Zubereitungen von derzeit von 1,77 Euro auf 2 Euro in den Jahren 2023 und 2024 läuft den sonstigen Bestrebungen der Bundesregierung zur Stärkung der Apotheken vor Ort diametral entgegen.

Nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Corona-Pandemie wurde der Wert der flächendeckenden Arzneimittelversorgung durch Apotheken deutlich. Egal ob Herstellung von Desinfektionsmitteln, Verteilung von Schutzmasken, Ausgabe von Impfzertifikaten, Versorgung mit Corona-Impfstoffen, Aufbau von Corona-Testzentren oder Durchführung von Impfungen – die Apotheken wurden allen an sie gestellten Forderungen gerecht und trugen maßgeblich dazu bei, dass Deutschland vergleichsweise gut durch die Pandemie geführt werden konnte.

Die Vor-Ort-Apotheken sind ein besonders wichtiger und zu schützender Zweig des deutschen Gesundheitssystems.

Die Entwicklung der Apothekenzahlen in den vergangenen Jahren gibt jedoch Anlass zur Sorge. Seit dem Jahr 2008 sinkt die Zahl der Apotheken, die in Hochzeiten bei rund 21 500 lag. Ende 2021 waren es nur noch 18 461 und damit 292 weniger als ein Jahr zuvor. Die Apothekendichte in Deutschland liegt nunmehr bei 22 Apotheken pro 100 000 Einwohner und damit deutlich unter dem Durchschnitt in der Europäischen Union (Quelle: ABDA). Neben Nachwuchsproblemen sind Unsicherheiten in der Finanzierbarkeit von Apotheken Hauptursache für den Rückgang der Apotheken, die durch die Anhebung des Apothekenabschlags weiter verstärkt würden.

Apotheken sind wie andere Wirtschaftsunternehmen auch von der galoppierenden Preisentwicklung betroffen. Allgemeine Preissteigerungen bei den Einkaufspreisen, die Erhöhung des Mindestlohns und steigende Personalkosten aufgrund von Tarifabschlüssen wurden in den letzten Jahren durch eine Effizienzsteigerung in den Apotheken kostenneutral für das GKV-System ohne

entsprechenden Vergütungsausgleich abgedeckt. Weitere Einschränkungen hinsichtlich der Vergütung von Apotheken führen zwangsläufig zu einer Unrentabilität einzelner insbesondere kleinerer Apotheken im ländlichen Raum, in deren Folge Schließungen unausweichlich werden.

Die flächendeckende Arzneimittelversorgung wird durch das Gesetzesvorhaben massiv gefährdet.

Die geplante Erhöhung des Apothekenabschlags wirkt dem zentralen Vorhaben der Bundesregierung der Stärkung der Apotheken vor Ort (in diesem Zusammenhang wurde unter anderem das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken im Jahr 2020 erlassen) entgegen und gefährdet die flächendeckende Arzneimittelversorgung in den Ländern, so dass das Vorhaben abzulehnen ist.

G 14. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe d – neu – (§ 130a Absatz 8 Satz 9 SGB V)

In Artikel 1 ist der Nummer 11 folgender Buchstabe d anzufügen:

,d) Absatz 8 Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind europäische Produktionsstandorte und die Vielfalt der Anbieter durch Mehrfachvergabe zu berücksichtigen, um die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.“ ‘

Begründung:

Bei Arzneimitteln und Medizinprodukten handelt es sich um für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wesentliche Produkte, die von außerordentlicher geostrategischer Bedeutung für Europa und Deutschland sind.

Doch diese essentiellen Güter werden aktuell überwiegend in einem globalisierten Markt produziert, wobei gerade bei Arzneimitteln der Grundversorgung (zum Beispiel Antibiotika) die Herstellung über die gesamte Handelskette hinweg überwiegend in Drittstaaten erfolgt. Diese globalen Handelsketten sind anfällig und gefährden bei Zusammenbruch beziehungsweise Unterbrechung die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

Gerade die Corona-Pandemie hat vor diesem Hintergrund die globale Abhängigkeit der EU rund um die Arzneimittel- und Medizinprodukteproduktion nochmals deutlich aufgezeigt.

Umso wichtiger ist es nun, die Produktionsstandorte für Arzneimittel und Ausgangsstoffe wieder dauerhaft in Europa zu etablieren. Neben Maßnahmen der Wirtschaftsförderung kommt es dabei auch maßgeblich auf die Finanzierungsmechanismen in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Politische Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass eine Produktion in Europa auskömmlich und attraktiv ist. Dabei darf nicht ausschließlich der Arzneimittelpreis im Fokus stehen, sondern die dauerhafte Versorgungssicherheit der Bevölkerung mit Arzneimitteln und der damit verbundene gesamtgesellschaftliche Mehrwert.

Die derzeitige Regelung des § 130a Absatz 8 Satz 9 SGB V sieht eine lediglich abstrakt weiche Regelung vor, wonach in den Rabattverträgen „die Vielfalt der Anbieter und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten zu berücksichtigen“ ist.

Vor diesem Hintergrund ist es daher dringend erforderlich, dass konkret europäische Produktionsstandorte von Wirk- und Hilfsstoffen bei der Vergabe zu berücksichtigen und dass verbindlich mehrere Rabattvertragspartner für den Erhalt der Anbietervielfalt im Markt erforderlich sind.

- G 15. Zu Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe d (§ 130b Absatz 3 Satz 1 bis 6 SGB V) und Buchstabe e (§ 130b Absatz 3a Satz 2 bis 9 SGB V)

Artikel 1 Nummer 12 ist wie folgt zu ändern:

- a) Buchstabe d ist zu streichen.

- G [16.] [b) Buchstabe e ist zu streichen.]

Begründung:

Die stetig steigenden Preise für neue Arzneimittel stellen für die gesetzliche Krankenversicherung eine Herausforderung dar. Das Ziel der Regelung, den Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel abhängig vom festgestellten Zusatznutzen zu begrenzen (Buchstabe d)

[zu Ziffer
16]

[und rückwirkend zu vereinbaren (Buchstabe e)], ist aus Sicht des Bundesrates insofern zwar grundsätzlich nachvollziehbar. Die Neuregelung ist jedoch nicht geeignet, den Forschungsstandort Deutschland zu stärken und die zukünftige Versorgung der Patientinnen und Patienten auch mit innovativen Arzneimitteln zu sichern.

Die Erzielung höherer Preise zu Zeiten des Patentschutzes ist ein starker Anreiz für Unternehmen, Energie in die Entwicklung innovativer Arzneimittel zu stecken. Dieser Umstand sollte im AMNOG-Verfahren angemessen berücksichtigt werden.

Ein rückwirkender Erstattungsbetrag führt dazu, dass die Hersteller möglicherweise späteren Rückzahlungsforderungen ausgesetzt sind, deren Höhe sich im Vorfeld schwer kalkulieren lässt. Es besteht das Risiko, dass Hersteller auf eine Markteinführung zunächst verzichten, bis der Erstattungsbetrag festgelegt ist.

Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten auch mit neuartigen Arzneimitteln nicht zu gefährden, muss die richtige Balance zwischen Einsparmaßnahmen und Förderung der Arzneimittelentwicklung gefunden werden. Derart weitreichende Änderungen im AMNOG-Verfahren sollten nicht überstürzt im gegenständlichen Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden. Die

Regelungen sollten deshalb aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden. Wünschenswert wäre aus Sicht des Bundesrates die Erarbeitung einer tragfähigen Lösung auch unter Einbeziehung der pharmazeutischen Unternehmen.

- G 17. Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 167 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V),
Nummer 22 (§ 242 Absatz 1 und Absatz 1a SGB V),
Nummer 23 (§ 260 Absatz 2, Absatz 2a und Absatz 4 SGB V),
Nummer 26 (§ 271 Absatz 2 und Absatz 8 SGB V) und
Nummer 27 (§ 272b SGB V)

Artikel 1 Nummern 15, 22, 23, 26 und 27 sind zu streichen.

Begründung:

Die gesetzlichen Krankenkassen rechnen in den nächsten Jahren mit einer Vielzahl von Kostensteigerungen. Ursächlich dafür sind diverse Gesetzgebungsverfahren (Reform des Krankenhausfallmanagements im Rahmen des MDK-Reformgesetzes, Änderungen im Morbi-RSA durch das GKV-FKG, Finanzierung hochpreisiger innovativer Arzneimittel et cetera) als auch die Folgen von Pandemie, Ukrainekrieg sowie der Anstieg der Inflation.

Gesetzliche Krankenkassen, die in der Vergangenheit gut gewirtschaftet haben und deren Rücklagen bereits im Rahmen der Regelungen des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) abgeschöpft wurden, sollen nun ihr Vermögen weiter abschmelzen. Diese weitere Abführung von Finanzreserven belohnt im Grunde diejenigen Krankenkassen, die in der Vergangenheit kein gutes Kostenmanagement betrieben haben. Der Anreiz, Kosten einzusparen wird aufgrund dieser Regelung in Zukunft bei den Krankenkassen schwinden. Das Leistungsprinzip wird konterkariert.

Ohne ausreichende Rücklagen können auch gut geführte gesetzliche Krankenkassen in finanzielle Schieflage geraten. Dabei ist zu beachten, dass gesetzliche Krankenkassen insolvenzfähig sind. Eine erhebliche Reduzierung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Kombination mit dem Vermögensabbau bei den Krankenkassen kann zu Liquiditätsrisiken und beispielsweise zur drohenden Zahlungsunfähigkeit führen. Die in §§ 166 und 167 SGB V geregelte gegenseitige Haftungsverpflichtung und Haftungsverteilung der gesetzlichen Krankenkassen, für den Fall, dass das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse nicht ausreicht, um die Gläubiger zu befriedigen, läuft durch die Neuregelungen nahezu ins Leere. Durch das Abschöpfen der Kassenrücklagen dürften die Unterstützungsmöglichkeiten der übrigen Krankenkassen nicht mehr oder nur noch in sehr geringem Umfang vorhanden sein.

Aus diesen Gründen ist ein weiteres Abschöpfen sowohl von Vermögenswerten der gesetzlichen Krankenkassen, als auch eine Absenkung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abzulehnen.

Vielmehr sollte dem zu erwartenden Defizit mit einem höheren Bundeszuschuss entgegengewirkt werden.

- G 18. Zu Artikel 1 Nummer 15a – neu – (§ 188 Absatz 4 Satz 4a – neu –, Satz 4b – neu –, Satz 4c – neu – und Satz 4d – neu – SGB V) und Nummer 22a – neu – (§ 256a Absatz 1 SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) Nach Nummer 15 ist folgende Nummer 15a einzufügen:

,15a. In § 188 Absatz 4 werden nach Satz 4 folgende Sätze eingefügt:

„Bei der Ermittlung des gewöhnlichen Aufenthalts sind sämtliche Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Die Annahme der Verlegung des Wohnsitzes außerhalb des Geltungsbereiches des Sozialgesetzbuches muss durch die Krankenkasse belegt werden. Eine Beschränkung auf eine Abfrage der Daten beim Einwohnermeldeamt reicht hierfür nicht aus. Nimmt eine Person nach dem Ausscheiden aus der Krankenversicherung Kontakt zu einer gesetzlichen Krankenkasse auf, um dort wieder Mitglied zu werden, ist der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt ab dem Zeitpunkt des Ausscheidens zu prüfen und zu berücksichtigen.“

- b) Nach Nummer 22 ist folgende Nummer 22a einzufügen:

,22a. In § 256a Absatz 1 werden nach den Wörtern „Zeitpunkte an“ die Wörter „oder bei rückwirkender Feststellung des Bestehens einer freiwilligen Versicherung gemäß § 188 Absatz 4“ und nach den Wörtern „Eintritt der Versicherungspflicht“ die Wörter „oder der freiwilligen Versicherung gemäß § 188 Absatz 4“ eingefügt.“

Begründung:

Mit Wirkung zum 1. April 2007 wurde die generelle Krankenversicherungspflicht für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland eingeführt. Politisches Ziel war es, dass niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll.

Mit den entsprechenden Regelungen hat der Gesetzgeber bereits wirksame Maßnahmen getroffen, um Menschen ohne Krankenversicherung eine Rückkehr in die Krankenversicherung zu ermöglichen.

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG), welches am 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, wurde auch der § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V geändert.

Ziel der Änderung war neben der Reduzierung der aufgelaufenen Beitragschulden auch die Reduzierung des Verwaltungsaufwandes bei den Krankenkassen.

Dadurch wird nun jedoch auch für Menschen das Versicherungsverhältnis beendet, bei denen die Krankenkasse nach dem Ende der Versicherungspflicht den Wohnort des Versicherten nicht ermitteln kann. Auch wenn sich diese in Deutschland aufhalten. Möglich ist dies, weil es im Gesetz bislang keine Regelung zur objektiven Beweislast gibt.

Hat die Krankenkasse eine Feststellung über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung gemäß § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V getroffen, bleibt diese Feststellung bislang auch dann unberührt, wenn nachträglich bekannt wird, dass sich das potenzielle Mitglied im strittigen Zeitraum in Deutschland aufgehalten hat und über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügte. Um die Versicherungslücke rückwirkend zu schließen, kommt die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V zum Tragen, wenn das Mitglied mitwirkt. Dies führt in der Praxis aber gerade bei Menschen mit Sucht- und/oder psychischen Erkrankungen zu Problemen, da sie auf Grund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, das nötigeungsverfahren zu durchlaufen oder oft auch gar nicht wissen, dass sie weiterhin krankenversichert sind. Mit der Konsequenz, dass gerade diese Menschen, die dringend auf einen Krankenversicherungsschutz angewiesen sind, keinen Zugang mehr zu einer Krankenversicherung haben.

Dies läuft jedoch dem Ziel des Gesetzgebers, dass jeder Mensch in Deutschland eine Krankenversicherung haben soll, zuwider.

Gerade bei Menschen in schweren Lebenskrisen oder mit unkonventioneller Lebensweise kann es dazu kommen, dass eine feste Anschrift nicht ermittelt werden kann, obwohl sich diese Menschen in Deutschland und somit im Geltungsbereich des SGB aufhalten.

Da es gerade aber bei Menschen ohne festen Wohnsitz schwierig ist, ihren Aufenthalt nachzuweisen, bedarf es einer Lösung, die den besonderen Herausforderungen dieser Menschen gerecht wird.

Dabei darf nicht nur auf die Daten beim Einwohnermeldeamt abgestellt werden, da Personen ohne festen Wohnsitz dort nicht erfasst werden, vielmehr kann auch der Kontakt zu Obdachloseneinrichtungen oder Sozialhilfeträgern als Indiz gewertet werden, dass sich der Versicherte weiterhin im Geltungsbereich des SGB aufgehalten hat. Liegen entsprechende Indizien vor, ist die Versicherung gemäß § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V fortzuführen.

G 19. Zu Artikel 1 Nummer 17a – neu – (§ 203b – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 17 folgende Nummer 17a einzufügen:

,17a. Nach § 203a wird folgender § 203b eingefügt:

„§ 203b

Meldepflicht bei Bezug von Asylbewerberleistungen

Die Träger der Asylbewerberleistung erstatten die Meldungen hinsichtlich der nach § 264 Absatz 1 und 2 Betreuten entsprechend der §§ 28a bis 28c des Vierten Buches." '

Begründung:

Aktuell besteht kein digitales, medienbruchfreies Verfahren zur An- oder Abmeldung von Personen, die nach § 264 Absatz 1 bis 7 SGB V betreut werden, bei den gesetzlichen Krankenkassen. Die Meldungen erfolgen weitgehend papiergebunden. Eine Rückmeldung seitens der Krankenkassen zur Bestätigung der An- beziehungsweise Abmeldung und zeitnahen Sperrung der elektronischen Gesundheitskarte fehlt in der Praxis häufig und führt zur lückenhaften Dokumentierung.

Es besteht zwar mit dem KV264-Meldeportal der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) eine Möglichkeit der digitalen Übermittlung der Meldungen, diese ist aber nicht medienbruchfrei. Es besteht keine Möglichkeit, diese Daten einzelfallbezogen aus einem Fachverfahren, wie zum Beispiel OPEN/PROSOZ, über das Portal in die Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung zu importieren, was der einfachste Weg für die Kommunen wäre. Die Träger der Asylbewerberleistungen und Sozialhilfe müssen die Daten somit doppelt eingeben. Aufgrund dieser Doppelerfassung waren Städte und Kommunen teilweise zurückhaltend in der Nutzung des Meldeportals KV264.

Die Meldungen der nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 und Nummer 2a SGB V pflichtversicherten Personen erfolgen gemäß § 203a SGB V durch die Agentur für Arbeit beziehungsweise die zugelassenen kommunalen Träger elektronisch und automatisiert im Elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Datenaustausch).

Die bereits bestehende Schnittstelle soll auch für die Träger der Asylbewerberleistungen und Sozialhilfe geöffnet werden, so dass medienbruchfrei mit tagaktuellen Quelldaten aus dem Fachverfahren gearbeitet werden kann.

Der oben genannte Medienbruch stellt einen für beide Seiten arbeitsreichen und fehleranfälligen Teil des Prozesses dar, so dass sich eine § 203a SGB V vergleichbare Regelung anbietet. Eine Digitalisierung und Automatisierung der Kommunikation mit den gesetzlichen Krankenkassen auch in diesem Bereich voranzutreiben setzt die Schaffung einer Rechtsgrundlage voraus. Systematisch passt hierfür die Einfügung eines § 203b SGB V.

G 20. Zu Artikel 1 Nummer 19a – neu – (§ 221 Absatz 1 SGB V)

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Regelung in § 221 Absatz 1 SGB V so anzupassen, dass der Betrag von „14,5 Milliarden Euro“ durch einen dynamisierten jährlichen Zuschuss ersetzt wird. Dieser muss sich an den Ausgaben des Vorjahres sowie den zu erwarteten Ausgaben – beispielsweise an einem durchschnittlichen Zuwachs – orientieren.

Begründung:

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen (beispielsweise Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft, beitragsfreie Familienversicherung) einen jährlichen Zuschuss. Seit 2012 betrug der Bundeszuschuss 14 Milliarden Euro. In den Jahren 2013 wurde der Bundeszuschuss auf 11,5 Milliarden Euro, 2014 auf 10,5 Milliarden und 2015 auf 11,5 Milliarden Euro vorübergehend abgesenkt. Zu dieser Zeit war die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen stabil und die Finanzierungslücke zwischen beitragspflichtigen Einnahmen und Leistungsausgaben gering. Ab 2016 betrug der Bundeszuschuss wieder 14 Milliarden Euro und ist ab 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden Euro festgeschrieben (Haushaltsbegleitgesetz 2014).

Die Corona-Pandemie sowie der Krieg in der Ukraine haben gezeigt, dass sich unvorhersehbare Ereignisse mit ihren weitreichenden Folgen erheblich auf die Wirtschaft und die gesundheitliche Versorgung auswirken. Beispielsweise führt eine Rezession zwangsläufig auch zu einer Minderung bei beitragspflichtigen Einnahmen. Gleichzeitig führen Preissteigerungen zum Beispiel bei Medizinprodukten zu höheren Ausgaben im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Um in angemessener Weise auf besondere Herausforderungen reagieren zu können, sind flexible Strukturen erforderlich. Der Bundeszuschuss sollte daher nicht für mehrere Jahre im Voraus starr festgelegt sein, sondern turnusmäßig geprüft und bei Bedarf angepasst werden. So würden tatsächliche Ein- und Ausnahmeschwankungen adäquat berücksichtigt werden können. Dies beinhaltet eine Dynamisierung des steuerfinanzierten Bundeszuschusses in den Gesundheitsfonds.

Der Bedarf einer regelhaften Dynamisierung wurde durch den Bund bereits festgestellt und ebenfalls im Koalitionsvertrag Bund festgehalten, sodass eine Nichtberücksichtigung im aktuellen Gesetzentwurf nicht nachvollzogen werden kann.

G 21. Zu Artikel 1 Nummer 20 (§ 221a Absatz 5 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 20 ist in § 221a Absatz 5 Satz 1 die Angabe „2 Milliarden“ durch die Angabe „5 Milliarden“ zu ersetzen.

Begründung:

Seit 2012 betrug der Bundeszuschuss 14 Milliarden Euro. In den Jahren 2013 wurde der Bundeszuschuss auf 11,5 Milliarden Euro, 2014 auf 10,5 Milliarden und 2015 auf 11,5 Milliarden Euro vorübergehend abgesenkt. Zu dieser Zeit war die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen stabil und die Finanzierungslücke zwischen beitragspflichtigen Einnahmen und Leistungsausgaben gering. Ab 2016 betrug der Bundeszuschuss wieder 14 Milliarden Euro und ist ab 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden Euro festgeschrieben (Haushaltsbegleitgesetz 2014).

Die schon in den Jahren 2020 und 2021 notwendig gewordene Aufstockung der Finanzmittel in Form eines ergänzenden Bundeszuschusses zeigt, dass die mit dem aktuell vorgelegten Gesetzentwurf vorgesehene Steigerung des Bundeszuschusses um 2 Milliarden Euro zu gering angelegt ist, um der für die nächsten Jahre notwendigen Nachhaltigkeit der Finanzierungsgrundlagen gerecht werden zu können. Die einmalige Erhöhung in Höhe von 2 Milliarden Euro des Bundeszuschusses löst nicht die strukturellen Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Finanzierungskomponente sollte zudem neben einer deutlichen Erhöhung sogleich für die nächsten Jahre verstetigt werden. Finanzielle Planungssicherheit ist angesichts der erheblichen Herausforderungen durch Demografie, medizinischen Fortschritt, Digitalisierung, Fachkräftemangel und der Umsetzung dringend gebotener Strukturreformen für alle Beteiligten unverzichtbar.

Die Bundesregierung hat Anfang Juli 2022 deutlich gemacht, dass nicht nur mit kurzfristigen, sondern mit längerfristigen allgemeinen Preissteigerungen zu rechnen ist.

In dem Gesetzentwurf fehlt jedoch ein Ansatz, wie die gesundheitliche Versorgung, die durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht wird, durch Kompensation der wachsenden Finanzbelastungen durch Inflation, steigende Personalkosten sowie steigende Kosten für Logistik, Einkauf und Energie unterstützt werden sollen.

Ursprünglich war ein Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro vorgesehen (Referentenentwurf aus März 2022), was dem tatsächlichen Bedarf Rechnung trägt. Zu diesem Vorschlag sollte zurückgekehrt und ein Zuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro für 2023 vorgesehen werden.

- G 22. Zu Artikel 1 Nummer 21 Buchstabe a – neu – (§ 232a Absatz 1 Nummer 2 Satz 1a – neu – SGB V) und Buchstabe b (§ 232a Absatz 1a SGB V)

Artikel 1 Nummer 21 ist wie folgt zu fassen:

,21. § 232a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird in Satz 1 der Nummer 2 folgender Satz angefügt:

„Die Beitragsbemessung ist ab dem 1. Januar 2023 jährlich so zu festzulegen, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Bezieher von Arbeitslosengeld II-Bezieher vollständig gedeckt werden.“

b) Absatz 1a wird aufgehoben.‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Leistungsausgaben von Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) werden seit mehreren Jahren bei den Krankenkassen nicht vollständig durch die Beitragseinnahmen gedeckt. Dies hängt damit zusammen, dass die Ermittlung der Beitragshöhe für ALG II-Beziehende vom üblichen Verfahren der Beitragsbemessung abweicht. Die Betroffenen verfügen nicht über ein eigenes Einkommen, weshalb sie zur Existenzsicherung eine staatliche Transferleistung erhalten. Das ALG II ist die Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige Leistungsberechtigte: es ist keine Versicherungsleistung. Die Kosten für den gesamten Regelbedarf werden über die Agentur für Arbeit aus dem Bundeshaushalt getragen (§ 46 SGB II). Zu dieser Transferleistung gehört auch die gesundheitliche Fürsorge. Die anfallenden Kosten für die medizinische Versorgung werden jedoch von den Trägern nicht direkt übernommen, wie dies bei anderen Transferleistungen der Fall ist. So handeln die Krankenkassen bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden oder Sozialhilfeempfangende im Auftrag der Kommunen (§ 264 SGB V). Die dabei entstehenden Leistungsausgaben werden den Krankenkassen von diesen vollständig ersetzt. Die medizinische Versorgung der ALG II-Beziehenden hingegen wird dadurch sichergestellt, dass diese Mitglieder der GKV werden. Da die Betroffenen über kein eigenes Einkommen verfügen, werden deren GKV-Beiträge nicht von ihnen selbst, sondern vom Staat bezahlt. Diese Beiträge werden über einen in der Vergangenheit immer wieder veränderten Anteil an der monatlichen Bezugsgröße politisch festgelegt. Die von der Agentur für Arbeit an den Gesundheitsfonds geleisteten Zahlungen für die Versicherung von ALG II-Beziehenden in der GKV sind somit weder von den tatsächlich entstehenden Kosten abhängig (wie bei anderen staatlichen Transferleistungen), noch einkommensabhängig. Damit wird ein beträchtlicher Teil der Finanzierung der medizinischen Fürsorge für diesen Personenkreis, die eine staatliche Aufgabe ist, auf die Solidargemeinschaft der GKV-Beitragszahler überwältzt.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat hierzu beim IGES-Institut ein Gutachten in Auftrag gegeben, das am 6. Dezember 2017 veröffentlicht wurde. Die Deckungslücke wurde bereits in diesem Gutachten mit knapp 10 Milliarden Euro beziffert. In einem weiteren Kurzbericht des IGES-Instituts vom Juli 2022 im Auftrag der Krankenkasse DAK-Gesundheit wird ohne Berücksichtigung der Geflüchteten aus der Ukraine auch unter Fortschreibung der Berechnungsgrundlagen bis zum Jahr 2022 von dieser Deckungslücke ausgegangen. Unter Berücksichtigung der Geflüchteten aus der Ukraine erhöht sich laut

Berechnungen in diesem Bericht die Deckungslücke. Der Gesetzgeber hat bislang keine Konsequenzen aus dem IGES-Gutachten gezogen und eine Lösung für eine kostendeckende Finanzierung der ALG II-Bezieher entwickelt beziehungsweise keine Rechtsänderung eingebracht.

Im Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP) wurde vereinbart, dass man sich zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bekennt und man den Bundeszuschuss zur GKV regelhaft dynamisieren wolle. Weiterhin wurde vereinbart, dass höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln finanziert werden. Dieses Vorhaben gilt es nunmehr in dieser für die GKV schwierigen Lage umzusetzen.

Mit der aus Sicht der Länder längst überfälligen regelmäßigen Anpassung der Beitragsbemessung für Bezieher von Arbeitslosengeld II an die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen wird die mit dem Verzicht auf die erneute Vermögensabführung bei den Krankenkassen entstehende Finanzierungslücke kompensiert.

Zu Buchstabe b:

Entspricht der Vorlage.

- G 23. Zu Artikel 1 Nummer 23a – neu – Buchstabe a (§ 264 Absatz 5 Satz 2 SGB V)
Buchstabe b (§ 264 Absatz 7 Satz 2a – neu – und
Satz 2b – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 23 folgende Nummer 23a einzufügen:

„23a. § 264 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 291c gilt entsprechend.“ ‘

- G [24.] [b) In Absatz 7 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„Erhalten die Krankenkassen nach der Erstattung der Aufwendungen durch den Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe eine Erstattung durch Dritte, ist der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe an der Erstattung anteilig bei den Aufwendungen für die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 zu beteiligen. Die Beteiligung berechnet sich nach dem Anteil der Gesamtkosten für den Personenkreis nach Absatz 2 an den jährlichen Gesamtausgaben der Krankenkasse.“ ‘]

Begründung:Zu Buchstabe a:Entbehrlichkeit der bisherigen Regelung

Ziel der Regelung ist es, missbräuchliche Verwendung der eGK nach Abmeldung zu verhindern. Der Einzug der elektronischen Gesundheitskarte erfolgt derzeit durch die Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe. Dies ist in der Praxis nur mit sehr hohem Verwaltungsaufwand umsetzbar. Der Versand der elektronischen Gesundheitskarte an die Krankenkasse verursacht in jedem Einzelfall zusätzliche Portokosten (Einschreiben Rückschein ist erforderlich für den Nachweis). Zudem kommt es in vor, dass (mehrere) Ersatzkarten von der Krankenkasse ausgestellt werden, weil die betreute Person den Verlust anzeigt. Oftmals wird die Information über die Ausstellung von Ersatzkarten nicht an den Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe weitergegeben. Somit haben diese in einer Vielzahl von Fällen keine Kenntnis über die Anzahl der im Umlauf befindlichen Karten.

Inzwischen ist die elektronische Gesundheitskarte sowie die Telematikinfrastruktur in den Arztpraxen technisch weiter vorangeschritten, so dass seit dem 1. Januar 2019 die Krankenkassen mit den Abmeldungen der Krankenversorgung nach § 264 SGB V die elektronische Gesundheitskarte umgehend sperren können und diese Sperrung beim nächsten Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte im Patientenverwaltungssystem der Arztpraxis die Sperrung ersichtlich ist. Gemäß § 291b Absatz 2 SGB V haben die Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung die elektronische Gesundheitskarte beim erstmaligen Arztbesuch im Quartal einzulesen und dadurch die Gültigkeit und die Aktualität der Angaben zu prüfen. Ab dem 1. Januar 2023 erfolgt die Prüfung durch einen elektronischen Abruf der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 SGB V. Diese durchgeführte Prüfung wird der Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt und ist gemäß § 291b Absatz 3 Bestandteil der an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen nach § 295 SGB V.

Durch die Sperrung wird bereits die missbräuchliche Verwendung der eGK verhindert, so dass ein Einzug der Karte und Übermittlung an die Krankenkasse durch die oben genannten Träger nicht mehr notwendig ist. Der entstehende Verwaltungsaufwand sowie die Portokosten sind somit nicht mehr erforderlich.

Zudem ist die Zahl der missbräuchlichen Verwendung einer elektronischen Gesundheitskarte, die aufgrund einer Abmeldung bei der Krankenkasse eingezogen und abgegeben werden hätte müssen, in den letzten zwei Jahren deutlich gesunken, so dass die neue Telematikinfrastruktur und die neue Kartengeneration den gewünschten Effekt erzielen.

Entsprechende Anwendbarkeit des § 291c SGB V

§ 291c sieht bezüglich der Mitglieder einer Krankenkasse vor, dass bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel die elektronische Gesundheitskarte von der Krankenkasse, die diese elektronische Gesundheitskarte ausgestellt hat, einzuziehen oder zu sperren und nach dem Stand der Technik zu vernichten ist.

Nach § 264 SGB V werden betreute Personen nach ihrer Anmeldung bei einer Krankenkasse verfahrenstechnisch wie Mitgliedern gleichgestellt. Sie erhalten gemäß § 264 Absatz 4 SGB V den Status „Mitglied“ (oder gegebenenfalls „Familierversicherte“) und bekommen ihre Karte gemäß § 291 SGB V direkt von den Krankenkassen. Der Einzug der Karte und die Sperrung sollten bei Abmeldung sollten dementsprechend auch von den Krankenkassen direkt vorgenommen werden.

Keine Auswirkung auf Ansprüche der Krankenkasse gegenüber dem Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe

Die Streichung des § 264 Absatz 5 Satz 2 SGB V hat keine Auswirkungen auf den Anspruch der Krankenkasse, die Aufwendungen, die der Krankenkasse nach der Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, vom Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe erstattet zu bekommen. Sofern im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung eine solche missbräuchliche Verwendung ersichtlich wird, liegt es allein im Interesse des Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe, den missbräuchlichen Einsatz zu unterbinden und die elektronische Gesundheitskarte vom Hilfeempfänger einzuziehen. Der Krankenkasse entsteht kein Schaden daraus, wenn die elektronischen Gesundheitskarten nicht mehr an die Krankenkasse zurückgesendet werden und wäre gesetzeskonform mit § 291c Absatz 1 SGB V. Die Krankenkassen haben demnach die Wahl zwischen dem Einzug oder der Sperrung der elektronischen Gesundheitskarte.

[Zu Buchstabe b:

Überzahlung der Krankenkassen bei Gewährung von Arzneimittelrabatten

Krankenkassen erhalten Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer nach § 130a SGB V sowie aufgrund von Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und pharmazeutischen Unternehmern nach § 130b SGB V Erstattungsbeträge für Arzneimittel. Sofern die Krankenkassen Verträge mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130c geschlossen haben, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen.

Gemäß § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V erstattet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen. Dies beinhaltet sowohl die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, welche an die Kassenärztlichen Vereinigungen für ihre Mitglieder abzuführen, als auch für die extrabudgetäre Gesamtvergütung zuzüglich angemessener Verwaltungskosten.

Durch die Ausschüttung der oben genannten Rabatte der Hersteller an die Krankenkassen nach der Erstattung durch den Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe verringern sich jedoch die Aufwendungen nachträglich, so dass durch die bereits vorgenommene Erstattung ein Überschuss entsteht.

Den Krankenkassen sollen zwar durch die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige keine Nachteile entstehen und die Aufwendungen durch die Kostenerstattung voll gedeckt sein. Dies gilt andererseits aber auch für Vorteilsziehung auf der Grundlage von umsatzbedingten Ge-

[zu
Ziffer 24]

samteinnahmen, zum Beispiel den vertraglich vereinbarten Arzneimittelrabatten. Die Rabatte werden der Krankenkasse für sämtliche Mitglieder gewährt, sowohl für die gesetzlich Versicherten als auch die Betreuten nach Absatz 2. Gemäß § 264 Absatz 4 SGB V erhalten die Leistungsempfänger für die elektronische Gesundheitskarte den Versichertenstatus nach „Mitglied“, „Rentner“ oder „Familierversicherter“, so dass die Leistungsgewährung und Leistungsabrechnung für alle gilt. Durch die Ausschüttung der oben genannten Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer verringern sich die Aufwendungen für die Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 bis 6 SGB V nachträglich. Diese praktische Überzahlung bevorteilt die Krankenkassen unangemessen und ist an den Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe jährlich zu anteilig zu erstatten.

Berechnungsbeispiel:

- 1. Schritt: Gesamtausgaben pro Jahr für Arzneimittel der Krankenkasse: zum Beispiel 1 000 000 Euro
- 2. Schritt: Arzneimittelausgaben für unsere Betreuten: zum Beispiel 10 000 Euro = 1 Prozent der Gesamtkosten für Arzneimittel der Krankenkasse
- 3. Schritt: Umsatzbedingte Gesamteinnahme für vertragliche Rabatte der Krankenkasse: zum Beispiel 80 000 Euro
- 4. Schritt: Berechnung des Anteils unserer Betreuten an den Rabatten: 80 000 x 1 Prozent = 800 Euro]

- G 25. Zu Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a (§ 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG) und Buchstabe b (§ 6a Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 KHEntgG), Nummer 2 (§ 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG) und Artikel 3 (§ 17b Absatz 4 und Absatz 4a KHG)

Artikel 2 und Artikel 3 sind zu streichen.

Begründung:

Mit den in Artikel 3 vorgesehenen Regelungen (insbesondere Ergänzung Absatz 4a in § 17b KHG) und den diesbezüglichen Folgeänderungen in Artikel 2 sollen die mit dem Pflegebudget auszugliedernden Kosten ab 2024 gesetzlich auf Pflegefachkräfte und (qualifizierte) Pflegehilfskräfte (Med. Fachangestellte, ATA, Notfallsanitäter und -sanitäterinnen, u.Ä.) beschränkt werden.

Dadurch wird ein starker (Fehl-)Anreiz für die Verlagerung „einfacher“ beziehungsweise „sonstiger“ Tätigkeiten, die im Rahmen der Pflege von Patientinnen und Patienten anfallen, auf qualifiziertes Pflegepersonal geschaffen und perpetuiert (Rückverlagerung von Servicetätigkeiten auf qualifiziertes Pflegepersonal). Die ohnehin bereits sehr angespannte Lage beim Pflegepersonal könnte sich dadurch weiter verschärfen, denn:

Der Arbeitsaufwand des qualifizierten Pflegepersonals würde weiter steigen. Damit würden die (knappen) Ressourcen, die für qualifizierte Pflegeleistungen in der Patientenversorgung benötigt werden, weiter reduziert.

Die hinzukommenden Tätigkeiten würden zudem nicht der Qualifikation entsprechen, wodurch die Motivation der betreffenden Pflegekräfte (weiter) sinken könnte. Dies könnte eine Abwanderung qualifizierter Pflegekräfte aus dem Beruf/ der Tätigkeit zur Folge haben und die Berufe unattraktiver machen. Dies sollte tunlichst vermieden werden!

Ferner sind die bestehenden Regelungen zum Pflegebudget (§ 17b Absatz 4 KHG) durchaus geeignet, Doppelfinanzierungen auszuschließen.

Um die vorstehend angeführten Fehlanreize und die Gefahr der sich daraus ergebenden – und unbedingt zu vermeidenden – Fehlentwicklungen in der Krankenpflege zu verhindern, ist Artikel 3 zu streichen. Das gesetzgeberische Ziel, Doppelfinanzierungen zu vermeiden, wird dennoch erreicht.

Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a und b sowie Nummer 2 enthalten Folgeänderungen zu den vorgesehenen Regelungen in Artikel 3. In Anbetracht der Streichung von Artikel 3 sind die genannten Regelungen in Artikel 2 ebenfalls zu streichen.

- G 26. Zu Artikel 3 Nummer 1 – neu – (§ 2 Nummer 1a Buchstabe o – neu – KHG), Nummer 2 – neu – (§ 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 KHG) und Nummer 3 (§ 17b Absatz 4 und Absatz 4a KHG)

Artikel 3 ist wie folgt zu fassen:

„Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Nummer 1a wird nach Buchstabe n folgender Buchstabe o eingefügt:
„o) sowie für die Berufe, die die als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ in der jeweils aktuell im Bundesanzeiger veröffentlichten Fassung erfüllen,“
2. In § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 wird die Angabe „e bis g“ durch die Angabe „e bis g und o“ ersetzt.

3. § 17b wird wie folgt geändert: *

< ... weiter wie Vorlage ... >‘

Begründung:Zu Nummer 1:

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung des § 2 Nummer 1a KHG wird sichergestellt, dass alle aktuellen und zukünftigen Berufsbezeichnungen generalistischer Pflegeassistenten- und -helferausbildungen der Länder darunter erfasst sind. Eine Ergänzung der Auflistung des § 2 Nummer 1a KHG ist erforderlich, damit bestehende Berufsausbildungen in der Krankenpflegehilfe weiterhin über das KHG finanzierbar bleiben.

Zu Nummer 2:

Die Ergänzung in § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 KHG um die Berufe, die die als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ in der jeweils aktuell im Bundesanzeiger veröffentlichten Fassung erfüllen, ist sachgerecht, damit auch diese Berufe über den Strukturfonds gefördert werden können.

Zu Nummer 3:

Entspricht der Vorlage.

Zum Gesetzentwurf allgemein

- Wi 27. a) Der Bundesrat begrüßt die Bemühungen, die Finanzierung des GKV-Systems stabil und verlässlich aufzustellen.
- Bei Annahme entfällt Ziffer 28
- G 28. Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Bemühungen, eine stabile und verlässliche Finanzierung der GKV sicherzustellen.
- Entfällt bei Annahme von Ziffer 27

* Wird bei Annahme von Ziffer 25 redaktionell angepasst.

- G 29. Der Bundesrat stellt fest, dass vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzierungslücke und der Gefahr weiter steigender Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zeitnah Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung ergriffen werden müssen.
- Wi 30. Deutschland braucht ein nachhaltiges und finanzierbares Gesundheitssystem, das Fortschritt in der Medizin fördert und den Zugang zu innovativen Therapien für alle Patienten ermöglicht.
- G 31. Eine finanzielle Konsolidierung der GKV bedarf allerdings nachhaltiger Strukturreformen.
- G 32. b) Der Bundesrat hält insbesondere den Rückgriff auf die Reserven der gesetzlichen Krankenkassen für ungeeignet, eine langfristige Stabilisierung der GKV-Finanzierung zu sichern. Er sieht vielmehr die Gefahr einer langfristigen Destabilisierung und fordert den Bund insbesondere zu kostendeckender Finanzierung von durch die GKV übernommenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben auf.
- G 33. c) Der Bundesrat betont die Notwendigkeit einer langfristigen Strategie für den Arzneimittelbereich.
- Wi
- [nur G]
{nur Wi}
- Die [COVID-19-]Pandemie hat die Bedeutung eigener Produktion [und Forschung] {in strategisch wichtigen Bereichen} verdeutlicht.
- [Konsolidierungsmaßnahmen dürfen nicht einseitig zu Lasten der Versorgungssicherheit mit (innovativen) Arzneimitteln und des Pharmastandorts Deutschland gehen.]
- {Gerade deutsche Biotechnologie- und Pharmaunternehmen waren sehr erfolgreich. Sie hatten und haben eine zentrale Rolle bei der Bekämpfung von COVID-19 und zukünftiger Pandemien.}

- G 34. d) Der Bundesrat betont, dass der schnelle Zugang von Patientinnen und Patienten zu neuen Therapiemöglichkeiten auch zukünftig gewährleistet bleiben muss. Die verlässliche Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln ist nachhaltig sicherzustellen.
- e) Die möglichen Auswirkungen von Regelungen im Arzneimittelbereich auf die Versorgungssicherheit und den Standort Deutschland sind im Vorfeld zu analysieren und einer eingehenden Bewertung zu unterziehen. Gleichzeitig sind Maßnahmen zur Stärkung des Pharmastandorts Deutschland, insbesondere auch durch Abbau bürokratischer Belastungen und verstärkter Forschungsförderung zu prüfen.
- G 35. f) Aus Sicht des Bundesrates sind die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen nicht geeignet, eine andauernde Stabilisierung zu erreichen. Es fehlen Ansätze, um die Einnahmen und Ausgaben der GKV anzugleichen und das Krankenversicherungssystem zukunftsfest zu machen.
- Bei An-
nahme
entfällt
Ziffer 36
- Wi 36. Der Bundesrat weist darauf hin, dass die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen zwar kurzfristig dazu beitragen können, die Finanzierungslücke zu schließen, jedoch Ansätze fehlen, um die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung langfristig in Einklang zu bringen und das Krankenversicherungssystem zukunftsfest zu machen.
- Entfällt
bei An-
nahme
von
Ziffer 35
- G 37. g) Der Bundesrat befürchtet, dass die vorgesehenen Änderungen im AMNOG-Verfahren und die weiteren Arzneimittelpreisregulierungen die pharmazeutischen Unternehmen überproportional stark belasten und das Risiko bergen, (Wieder-)Ansiedlungen von Arzneimittel- oder Wirkstoffherstellern zu verhindern und Innovationstätigkeiten der forschenden Unternehmen zu erschweren. Sie sind nicht geeignet, den Pharma- und Forschungsstandort Deutschland zu stärken.
- h) Der Bundesrat fordert, unter Einbeziehung der wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere auch der pharmazeutischen Industrie, Maßnahmen zu erarbeiten und gesondert umzusetzen, mit denen diese Ziele

erreicht werden können. Zu diesem Zweck hält der Bundesrat die Fortführung des Pharmadialogs auf Bundesebene für erforderlich.

G 38. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die vorgesehenen Änderungen am Verfahren zur Preisfindung für Arzneimittel aus dem aktuellen Gesetzgebungsprozess herauszunehmen, einer sorgfältigen Folgenabschätzung zu unterziehen und dann gegebenenfalls in einem separaten Gesetz zu regeln.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht tiefgreifende Veränderungen an dem aus Sicht der Antragssteller bewährten Verfahren zur Preisfindung für Arzneimittel vor. Mit diesem Verfahren ist es bislang gut gelungen, das Ziel einer Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln zu an ihrem Zusatznutzen im Vergleich zu bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten orientierten Preisen zu erreichen.

Mit den insbesondere in Artikel 1 Nummer 12 des Gesetzentwurfs enthaltenen Neuregelungen würde dieses Verfahren erheblich verändert werden. Der Anreiz, Arzneimittel in Deutschland auf den Markt zu bringen, würde nachhaltig gehemmt werden, und auch die gerade in der jüngsten Vergangenheit immer wieder geforderte „Re-Europäisierung“ der Pharmaproduktion käme für die allermeisten Unternehmen der Branche vermutlich nicht mehr infrage. Es ist zu erwarten, dass die vorgesehenen Regelungen langfristige und vermutlich irreversible Folgen für den Produktionsstandort Deutschland haben werden.

Mit den vorgesehenen Verfahrensänderungen können aus hiesiger Sicht zudem keine kurzfristigen Einsparungen erzielt werden. Zur Erreichung des mit dem Gesetz bezweckten Ziels, die Finanzlücken in der GKV bereits 2023 zu schließen, sind sie ungeeignet. Durch die Gewährung eines Sonderkündigungsrechts würden möglicherweise jedoch Arzneimittel vom Markt genommen werden – was eine sofort spürbare Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung mit diesen Medikamenten zur Folge hätte.

Der Bundesrat fordert daher, die vorgesehenen Änderungen aus dem aktuellen Gesetzgebungsverfahren herauszulösen, ihre Folgen sorgfältig abzuschätzen und danach gegebenenfalls in einem separaten Gesetz wiederaufzugreifen.

G 39. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich die Absicht, die seit dem Jahr 2020 aufwachsende GKV-Finanzierungslücke zu begrenzen, die sich insbesondere durch den demografischen Wandel der Bevölkerung und die damit zu erwartende wei-

terhin rückläufige Zahl der Beschäftigten fortschreiben wird. Insofern wird die Erwartung der Bundesregierung geteilt, dass in den kommenden Jahren mit einem geringeren Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen zu rechnen ist.

Allerdings wird die Chance einer echten Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung verpasst. Ein systematisches Umdenken bei den Vergütungs- und Versorgungsstrukturen ist notwendig, um die Zukunftsfähigkeit des Systems zu sichern.

Gesetzesänderungen der letzten Legislaturperioden und die Corona-Pandemie haben erhebliche Kostensteigerungseffekte nach sich gezogen. Die Finanzierungsgrundlage der GKV ist nicht mehr gesichert und es werden grundlegende Reformen benötigt, um die Belastung der zukünftigen Generationen zu senken.

Dabei sind Beitragssteigerungen und Abschmelzen von Finanzreserven mit dramatischen Folgen für die Beitragssatzstabilität allein nicht zielführend, weil immer weniger Versicherte immer mehr Finanzmittel aufbringen müssten. Es müssen also auch Ausgaben reduziert werden und gleichzeitig Effizienz und Qualität erhalten werden. Um die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems trotz sinkender Einnahmen zu erhalten, muss das Augenmerk auf das schnelle Heben der Effizienz gerichtet werden, um Kostendämpfungsgesetze zu vermeiden.

Das bestehende Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung birgt umfangreiches Potenzial für Qualitäts- und Effizienzsteigerungen. Versorgungsmodelle, die durch Synergieeffekte auch Kosteneinsparungen versprechen, ohne das Abstriche in der Versorgungsqualität in Kauf genommen werden müssen, sind in den Blick zu nehmen und gesetzlich zu etablieren. Innovationspotential muss genutzt und Patientenorientierung gestärkt werden.

Der umfassende Handlungsbedarf ist bereits im Koalitionsvertrag der die Bundesregierung tragenden Parteien festgestellt, insbesondere, dass Grundlage für alle geplanten Änderungen im Gesundheits- und Pflegebereich eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege ist.

Die in Aussicht genommene regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV ist ein wesentlicher Lösungsbaustein. Um die Einnahmen der GKV weiter zu stabilisieren, sollte noch im laufenden Gesetzgebungsverfahren eine Regelung aufgenommen werden, die die auskömmlichen Beiträge des Bundes zur GKV für ALG-II-Bezieher vorsieht.

Die vom BMG erst ab 2024 geplanten Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV für das Jahr 2024 kommen zu spät. Die Gesundheitsausgaben und Beitragseinnahmen klaffen schon zu deutlich auseinander und ein Ansparen von und Ausgleich mit Reserven wird durch die gesetzlichen Regelungen unmöglich gemacht. Ohne Gegenmaßnahmen und ohne strukturell sinnvolle Marktregulierung wird der Finanzbedarf bereits kurzfristig nicht mehr zu decken sein.

Die strukturellen Ursachen des Finanzierungsdefizits müssen deshalb sofort behoben werden, um die Beitragszahlenden nicht weiter überproportional zu belasten und die Handlungsfähigkeit der Krankenkassen zu erhalten.

Eine nachhaltige Finanzierung der GKV muss unverzüglich aufgegriffen werden, ein weiteres Zuwarten wird der Finanzierungs- und Versorgungssituation in der GKV nicht mehr gerecht.

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung deshalb, unverzüglich darauf hinzuwirken, dass der Gesetzentwurf eine längerfristige Ausrichtung erhält und damit den bestehenden Reformbedarf ernsthaft und zukunftsfähig aufgreift.

Wi 40. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat betont, dass sich aus dem Gesetzentwurf wesentliche zusätzliche Belastungen für die Beitragszahler der GKV – aufgrund der paritätischen Finanzierung für Arbeitgeber und Versicherte – ergeben. Der Zusatzbeitrag zur GKV könnte in den nächsten Jahren um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte jährlich steigen. Auch der geplante Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen geht letztlich zu Lasten der Beitragszahler, da Möglichkeiten zur zukünftigen Beitragsentlastung eingeschränkt werden. Gerade in der aktuellen wirtschaftlichen Lage, die durch gestörte Lieferketten und hohe Energiepreise ohnehin belastet ist, bedeuten die steigenden Lohnzusatzkosten das Risiko von Beschäftigungsverlusten am Standort Deutschland. Die höheren Beitragsbelastungen für Versicherte konterkarieren derzeitige Entlastungsmaßnahmen, die an anderer Stelle auf den Weg gebracht wurden.
- b) Der Bundesrat betont darüber hinaus, dass das im Gesetzentwurf vorgesehene Darlehen des Bundes in Höhe von 1 Milliarde Euro an den Gesundheitsfonds den Einstieg in die Schuldenfinanzierung der Sozialversicherung

markiert. Die aktuellen Finanzierungsprobleme werden damit lediglich in die Zukunft – und somit zu Lasten künftiger Generationen – verschoben.

- c) Der Bundesrat fordert, zügig eine stabile, nachhaltige und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten. Um Beitragserhöhungen zu vermeiden, sollten hierbei die Herausnahme von versicherungsfremden Leistungen aus der GKV sowie stärkere Anreize zur Reduzierung der Gesundheitskosten auf Patientenseite geprüft werden.
- d) Der Bundesrat stellt fest, dass die prozentualen Anteile der Arzneimittelkosten an den Gesamtkosten der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren nahezu gleichgeblieben sind. Die vorgelegten Maßnahmen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben der GKV entziehen der pharmazeutischen Industrie Mittel in Milliardenhöhe für Forschung und Produktion. Dies gefährdet die Innovationskraft und die Leistungsfähigkeit der Pharmaindustrie in Deutschland.
- e) Der Bundesrat sieht mit Sorge, dass zu einer Zeit explodierender Kosten für Energie, Rohstoffe und Transport die Herstellerabschläge um fünf Prozentpunkte erhöht und zusätzlich das seit über zwölf Jahren bestehende Preis moratorium um weitere vier Jahre verlängert werden sollen. Anders als andere Wirtschaftszweige hat die Pharmabranche kaum Möglichkeiten, Kostensteigerungen angemessen weiterzugeben. Es ist zu befürchten, dass die vorgelegten Sparmaßnahmen und insbesondere die Verlängerung des Zwangsrabatts die Investitionsbereitschaft der pharmazeutischen Industrie in Deutschland und damit den Pharmastandort weiter schwächen.
- f) Der Bundesrat stellt fest, dass der Gesetzentwurf die Bemühungen um eine größere Resilienz durch mehr Pharmaforschung und -produktion in Europa konterkariert. Der enorme Kostendruck durch staatliche Maßnahmen in den letzten Jahrzehnten ist eine der Ursachen für die Abwanderung der Wirkstoffproduktion aus Europa – insbesondere nach China und Indien. Der Bundesrat weist darauf hin, dass der massive Kostendruck im Generikabereich bereits jetzt zu Versorgungsengpässen führt. Aktuell sind mehr als 250 Medikamente in Deutschland nicht mehr lieferbar. Es steht zu befürchten, dass sich in Zukunft auch Hersteller weiterer Arzneimittel bei zu niedrigen Preisen vom deutschen Markt zurückziehen.

- g) Der Bundesrat befürchtet, dass die vorgesehenen Regelungen zur Weiterentwicklung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) den Forschungs- und Entwicklungsstandort Deutschland nachhaltig beschädigen könnten. Er fordert deshalb, dass vor einer Neuregelung des AMNOG-Verfahrens eine transparente Folgenabschätzung erfolgen muss und etwaig gebotene Anpassungen des § 130b SGB V in ein eigenständiges Gesetzesvorhaben unter Einbeziehung einer Expertengruppe überführt werden.
- h) Die Regelungen zur Ersetzung eines wirkstoffgleichen Arzneimittels („aut idem“, § 129 SGB V) wurden durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) auf im Wesentlichen gleiche biologische Arzneimittel (sogenannte Biosimilars) ausgedehnt und sind jüngst in Kraft getreten. Die Frist für den G-BA zur Festlegung von Hinweisen zur Austauschbarkeit in Apotheken soll jedoch um ein weiteres Jahr verlängert werden, sodass eine tatsächliche Umsetzung erst im August 2023 zu erwarten ist (vgl. Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a des vorliegenden Gesetzentwurfs). Der Bundesrat erwartet, dass nach dem Inkrafttreten der automatischen Substitution von Biopharmazeutika in der Apotheke die weitere Entwicklung kritisch begleitet wird und die Regelungen in Bezug auf die Patientensicherheit und die möglichen Risiken für die Versorgung engmaschig evaluiert werden; er bittet um eine zeitnahe Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse. Der Standort Deutschland mit der hier bestehenden hohen Kompetenz für die Produktion biotechnologischer Arzneimittel muss durch entsprechende Rahmenbedingungen gestärkt werden, um eine stabile Patientenversorgung sicherzustellen.
- i) Aus Sicht des Bundesrates sollte von dem in § 130b Absatz 7a SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe h) vorgesehenen Sonderkündigungsrecht abgesehen werden, da die Vorschrift auch rückwirkend in bereits geschlossene Verträge eingreift. Gleiches gilt für die Erhebung des Herstellerabschlages in § 130a Absatz 1b Satz 3 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a), wenn in einer noch laufenden Erstattungsbetragsvereinbarung die Ablösung des Herstellerabschlages vorgesehen ist. Aufgrund der damit verbundenen Auswirkungen auf bestehende vertragliche Vereinbarungen bestehen Zweifel, ob die Regelungen dem verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutz hinreichend Rechnung tragen.

B

41. Der **Finanzausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.