



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0223(33)  
gel. VB zur öAnhörung am 14.12.  
2016\_AMVSG  
12.12.2016

## Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung  
**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung  
in der GKV**  
(GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AM-VSG)

12. Dezember 2016

- **Vertraulichkeit der Erstattungsbeträge:** Es ist weder im vorliegenden Gesetzentwurf noch in der diesbezüglichen Verordnungsermächtigung erkennbar, wie sichergestellt wird, dass die Erstattungsbeträge weiterhin auch für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte gelten bzw. wie entstehende Nachteile ausgeglichen werden. Eine entsprechende Ausgestaltung muss dringend im AM-VSG vorgenommen werden.
- **Umsatzschwelle:** Auch hier ist nicht erkennbar, wie eine wirkungsgleiche Übertragung für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte sichergestellt werden soll.
- **Aut idem-Regelung:** Die gemeinsam mit dem Deutschen Apothekerverband (DAV) entwickelte Aut-idem-Regelung in der PKV, nach der grundsätzlich eine Verschreibung von Arzneimitteln mit der Möglichkeit der Ersetzung durch wirkstoffgleiche preisgünstigere Arzneimittel erfolgen soll, sollte mit dem AM-VSG gesetzlich verankert werden.
- **Reduzierung des Verwurfs:** Zudem besteht die Notwendigkeit einer Regelung zur Reduzierung des Verwurfs bei der Abrechnung von parenteralen Zubereitungen.
- **Geltung der Arzneimittelpreisverordnung für Krankenhausapotheken:** Das Landgericht Bremen gestattet Krankenhausapotheken in der ambulanten Arzneimittel-Versorgung die Berechnung von deutlich überhöhten Preisen zulasten Beihilfeberechtigter und privat Versicherter. Das ursprünglich vom Gesetzgeber bezweckte Privileg der Krankenhäuser, Arzneimittel günstig einzukaufen, wird auf diese Weise pervertiert. Es bedarf daher einer entsprechenden Klarstellung.

## I. Allgemeine Einleitung

Der PKV-Verband begrüßt das Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes, eine flächendeckende, innovative und bezahlbare Arzneimittelversorgung in Deutschland sicherzustellen. Die Privatversicherten sind 2010 in das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) unter anderem mit der Begründung einbezogen worden, dass infolge der Einführung der Pflicht zur Versicherung das duale Krankenversicherungssystem insgesamt seinen Versicherten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu bezahlbaren Preisen ermöglichen muss und gesetzliche Preisregelungen daher auch für die PKV bzw. die Beihilfe gelten müssen.

Leitgedanke des AMNOG war, dass es bei einem verordneten Arzneimittel keine gesetzliche Preisdifferenzierung nach dem Versichertenstatus geben kann. Aus sozialstaatlichen Erwägungen ergebe sich, dass Personen, die gesetzlich zu einer Absicherung im Krankheitsfall verpflichtet sind, für das gleiche Arzneimittel nicht mit höheren Kosten belastet werden dürfen als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Daher ist es zentral, Tendenzen der Entkopplung von Preisen in GKV und PKV entgegen zu wirken.

Vor diesem Hintergrund sind einige Regelungen des Gesetzentwurfes kritisch zu bewerten bzw. müssen, so der Gesetzgeber an den Regelungen festhält, aus Sicht des PKV-Verbandes gesetzliche Flankierungen vorgesehen werden. Dies betrifft v.a. die Etablierung vertraulicher Erstattungsbeträge und die Einführung einer Umsatzschwelle. Beide Punkte hat der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 25. November 2016 (Drucksache 601/16, Beschluss) thematisiert:

- Der Bundesrat kritisiert, dass die Regelung über vertrauliche Erstattungsbeträge die Beihilfeträger und die Unternehmen der PKV ausschließt. Er regt die Prüfung der Einbeziehung der Beihilfeträger und der PKV an, da vermieden werden müsse, dass andere Preise für die Arzneimittel zu tragen sind, als durch die gesetzlichen Kassen. (Nr. 12)
- Auch im Falle der neu einzuführenden Umsatzschwelle kritisiert der Bundesrat, dass die Gesetzesformulierung bislang nur die gesetzlichen Krankenkassen einbeziehe. Er fordert, dass auch die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfeträger in der Gesetzesformulierung berücksichtigt werden sollten. (Nr. 15)

Der Bundesrat weist weiterhin zu Recht darauf hin, dass bei der Herstellung von parenteralen Zubereitungen – namentlich von hochpreisigen Arzneimittelzubereitungen – die Kostenträger wegen vermeintlichen Verwurfs mit unnötigen Kosten belastet werden. Die Länderkammer mahnt daher eine mengengenaue Abrechnung an.

Der PKV-Verband unterstützt die genannten Forderungen des Bundesrates mit Nachdruck.

## **II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs**

### **§ 130a Abs. 3a Satz 1 SGB V – Verlängerung des Preismoratoriums**

#### **Vorgeschlagene Regelung**

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird das geltende Preismoratorium unter Berücksichtigung eines künftigen Inflationsausgleichs bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert.

#### **Bewertung**

Die Arzneimittelausgaben bilden den sich am dynamischsten entwickelnden Ausgabenposten im Bereich der ambulanten Leistungen. Sie machen einen wesentlichen und beitragsrelevanten Teil der Versicherungsleistungen aus. Im Jahr 2014 leistete die Private Krankenversicherung für Arznei- und Verbandsmittel rund 2,7 Mrd. Euro. Dies sind mehr als ein Viertel der Aufwendungen für ambulante Leistungen, mehr als 10 Prozent an den gesamten Versicherungsleistungen der Privaten Krankenversicherung von 23,9 Mrd. Euro im Jahr 2014. Der Ausgabenanstieg allein von 2013 auf 2014 belief sich auf 115 Mio. Euro bzw. 4,44 Prozent. Kein anderer Bereich der ambulanten Leistungen weist ein derartiges Wachstum auf. Bezogen auf den einzelnen Versicherten beträgt der Ausgabenanstieg für Arzneimittel 5,15 Prozent.

Ohne das Preismoratorium wäre ein noch stärkeres Wachstum auch im Verhältnis zu den übrigen Leistungsbereichen festzustellen. Das Preismoratorium trägt daher wirksam zur Bezahlbarkeit der Beiträge zur Privaten Krankenversicherung bei. Es gibt keine alternativen Maßnahmen, um diese Entlastungseffekte zu erzielen. Das zugleich mit dem AMNOG eingeführte Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln und zur Verhandlung von Erstattungsbeträgen, bei denen der PKV-Verband ins Benehmen zu setzen ist, liegt in der Entlastungswirkung weit hinter dem Preismoratorium zurück.

Die Verlängerung des Preismoratoriums wird über § 1 AMRabG auch für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung wirksam. Solange die Regelungen für die Gesetzliche Krankenversicherung gelten und erforderlich sind, bleibt auch ihre Übertragung auf die Private Krankenversicherung erforderlich. Nur so kann eine Kostenverlagerung dadurch verhindert werden, dass pharmazeutische Unternehmer das Preismoratorium in der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Anlass für Preiserhöhungen nehmen, die zu Lasten der Privaten Krankenversicherer, der Träger der Beihilfe und Heilfürsorge sowie sonstige Kostenträger und im Ergebnis zu Lasten der Privatversicherten gingen.

## **§ 130a Abs. 3a Satz 12 SGB V – Abschläge durch Krankenhausapotheken**

### **Vorgeschlagene Regelung**

Auch für Arzneimittel, die durch Krankenhausapotheken im Rahmen der ambulanten Behandlung nach § 129a SGB V abgegeben werden, haben Krankenkassen Anspruch auf den Abschlag nach Satz 1.

### **Bewertung**

Die Regelung könnte dahingehend missverstanden werden, dass damit lediglich solche Abgaben von Krankenhäusern zu rabattieren sind, die im Rahmen der Versorgung der GKV erfolgen. Daher sollte eine entsprechende Klarstellung erfolgen, dass der Abschlag von den Krankenhäusern auch bei Abgaben an Beihilfeberechtigte und Privatpatienten zu gewähren ist. Durch die Klarstellung, dass jede Abgabe durch Krankenhausapotheken einem gesetzlichen Auftrag unterworfen ist, bedarf es zugleich einer entsprechenden redaktionellen Anpassung in § 130a Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V.

## **§ 130b Abs. 1a SGB V – Vereinbarung mengenbezogener Aspekte**

### **Vorgeschlagene Regelung**

Bei der Vereinbarung von Erstattungsbeträgen zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmer im Benehmen mit dem PKV-Verband sollen die Optionen der Verhandlungspartner bezüglich mengenbezogener Aspekte (mengenbezogene Staffelungen, jährliche Gesamtvolumina) erweitert werden.

### **Bewertung**

Bereits heute stehen den Verhandlungspartnern Verhandlungsspielräume zu. Die vorgesehene Regelung dient vor diesem Hintergrund vor allem der Klarstellung. Durch die Veröffentlichung des Erstattungsbetrages und dessen Grundlage als Apothekenverkaufspreis gelten derartige Vereinbarungen bislang auch für die PKV. Bei der näheren Ausgestaltung der Rechtsverordnung gemäß § 130b Abs. 1b SGB V sind Vorgaben zur wirkungsgleichen Umsetzung mengenbezogener Aspekte auch zugunsten privat Versicherter und Beihilfeberechtigter vorzusehen.

## **§ 130b Abs. 1b SGB V – Vertraulichkeit der Erstattungsbeträge**

### **Vorgeschlagene Regelung**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmer im Benehmen mit dem PKV-Verband vereinbarte Erstattungsbetrag nicht mehr öffentlich gelistet werden darf. Der Erstattungsbetrag darf nur solchen Institutionen mitgeteilt werden, die ihn zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Das BMG regelt das Nähere durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie.

## **Bewertung**

Die Einführung vertraulicher Erstattungsbeträge ist grundsätzlich kritisch zu bewerten: Die Regelung ist unnötig, sie führt zu Mehrausgaben und benachteiligt Selbstzahler. Tatsächlich funktioniert das derzeitige Verfahren ohne Probleme, da der verhandelte Erstattungsbetrag Grundlage für die Handelszuschläge und damit Grundlage des Apothekenabgabepreises zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer ist. Die Einsparung wird daher unmittelbar in der Apotheke realisiert, der Apothekenabgabepreis zuzüglich Mehrwertsteuer wird den Versicherten erstattet. Im Regelfall findet keine Nacherstattung statt.

Bestimmen sich dagegen zukünftig die Handelszuschläge und die Mehrwertsteuer nach dem im Verhältnis zum (vertraulichen) Erstattungsbetrag überhöhten Herstellerabgabepreis, drohen Mehrausgaben aus überhöhten Zuschlägen und einer überhöhten Mehrwertsteuer, wenn keine Kompensation vorgesehen wird. Allein dieser Umstand dürfte die Privatversicherten und Beihilfeberechtigten schätzungsweise mit 30 Mio. Euro jährlich zusätzlich belasten.

Der Vorschlag, das ZESAR-Verfahren auch an dieser Stelle anzuwenden, ist mit tatsächlichen und rechtlichen Hindernissen verbunden. Pharmazeutische Hersteller zahlen die Rabatte gem. § 130a SGB V noch immer nur teilweise, es sind Verfahren gegen 22 Beklagte anhängig. Aufgrund der negativen Erfahrungen mit der Zahlungstreue von Unternehmen ist mit Rechtsverfolgungskosten zu rechnen.

Erwähnt werden muss auch der extrem hohe Aufwand gerade für kleinere Unternehmen und Beihilfekostenträger (es existieren schätzungsweise über 10.000 Beihilfekostenträger), den diese für die Geltendmachung der Überzahlungen gegenüber der pharmazeutischen Industrie aufwenden müssen. Heute findet in der Regel, von einzelnen Fällen abgesehen, keine Nacherstattung statt. Künftig wird es permanente Korrektur- und Ausgleichszahlungen geben.

Wären die Erstattungsbeträge nicht mehr transparent, käme es zudem zu einer Belastung der selbstzahlenden Patienten, da Privatversicherte in der Apotheke Arzneimittel nicht zum vereinbarten Erstattungsbetrag beziehen könnten. Dies würde bei allen selbstzahlenden Patienten unmittelbar zu Mehrkosten gegenüber der bestehenden Regelung führen. PKV-Versicherte mit Selbstbehalt würden im Rahmen des Selbstbehaltes auf diesen Mehrkosten sitzen bleiben. Die Steuerungs- und Anreizfunktion des Selbstbehaltes würde insoweit entwertet.

Gleichzeitig hätte die Regelung zur Folge, dass die Grenze der Selbstbeteiligung schneller erreicht und wieder mehr Rezepte zu Lasten der Versichertengemeinschaft und der Kalkulation des Tarifs eingereicht würden. Beitragssteigerungen für das Versichertenkollektiv wären die direkte Folge. Davon abgesehen entfielen bei vertraulichen Erstattungsbeträgen die Möglichkeit für Privatversicherte, die Preise verschiedener Therapieoptionen zu vergleichen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der gesetzlichen Umsetzung vertraulicher Erstattungsbeiträge festhalten, braucht es aus Sicht der PKV

- eine gesetzliche Ermächtigung von ZESAR für das Rabattinkasso,
- Regelungen, die Mehrbelastungen aus einer höheren Vergütung der Handelsstufen ausgleichen,
- Regelungen, die eine Mehrbelastung der Selbstzahler verhindern.

Hinsichtlich der notwendigen ergänzenden Regelungen für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte sollten Regelungen wegen der in mehrfacher Hinsicht nicht auszuschließenden Grundrechtsrelevanz möglichst auf gesetzlicher Ebene vorgenommen werden, um einen hohen Grad von Rechtssicherheit zu gewährleisten. Zusätzlich ist im Hinblick auf die derzeit vorgesehene Verordnungsermächtigung in § 130b Abs. 1b SGB V abzusichern, dass das Risiko eines Verstoßes gegen die Anforderungen des Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG möglichst gering gehalten wird.

Dass ein relevantes Risiko insoweit besteht, zeigen die bis vor den Bundesgerichtshof (BGH, Urteil vom 12. November 2015 – I ZR 167/14 und BGH, Urteil vom 30. April 2015 – I ZR 127/14) und sogar das Bundesverfassungsgericht getragenen Rechtsstreitigkeiten (vgl. Nichtannahmebeschluss vom 9. Juni 2016, Az.: 1 BvR 2895/15), in denen die pharmazeutischen Unternehmen die Verfassungsmäßigkeit des Arzneimittelrabattgesetzes bestritten und die Zahlungen verweigert haben. In beiden Fällen hat der Bundesgerichtshof die Klagen der Pharmahersteller abgewiesen und sie zur Zahlung verurteilt; weitere Fälle sind mit sehr hohen Zahlungsrückständen noch offen. Hierin zeigt sich, dass die Abwicklung der Rückerstattungsansprüche auf einem rechtlich einwandfreien Fundament stehen sollte.

### **§ 130b Abs. 3b SGB V – Einführung einer Umsatzschwelle**

#### **Vorgeschlagene Regelung**

Bei Überschreiten einer Umsatzschwelle von 250 Mio. Euro soll der vereinbarte Erstattungsbetrag ab dem ersten Tag des Monats gelten, der auf den Monat folgt, in dem die Umsatzschwelle erstmals überschritten wird. Die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und dem ab dem Monatsersten nach Überschreitung der Umsatzschwelle tatsächlich bezahlten Abgabepreis ist vom Hersteller gegenüber den Krankenkassen auszugleichen.

#### **Bewertung**

Der Wortlaut der Regelung stellt auf die Ausgaben der Krankenkassen ab und beschränkt die Ausgleichspflicht des pharmazeutischen Unternehmers offensichtlich auf die gesetzlichen Krankenkassen. Zur Sicherung eines bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutzes ist die Einbeziehung der Privatversicherten und Beihilfeberechtigten in die Regelung aber unabdingbar. Daher bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Regelung, die eine wirkungsgleiche Übertragung ermöglicht. So könnte die ohnehin schon mit dem Rabattinkasso gemäß § 130a SGB V betraute Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten

(ZESAR) ermächtigt werden, auch rückwirkende Veränderungen des Erstattungsbetrages nach § 130b SGB V geltend zu machen.

### **§ 5 AMPreisV – Apothekenzuschläge für Zubereitungen aus Stoffen**

#### **Vorgeschlagene Regelung**

Zukünftig soll im Zusammenhang mit Standardrezepturarzneimitteln nicht nur die Zubereitung, sondern auch die Information und Beratung bei der Abgabe vergütet werden. Daher werden Standard-Rezepturen künftig zusätzlich mit dem Festzuschlag von 8,35 Euro vergütet. Zusätzlich wird der Rezepturzuschlag um jeweils einen Euro angehoben.

#### **Bewertung**

Angesichts eines Volumens von 100 Mio. Euro sollte die beabsichtigte Anhebung der Vergütung auf der Grundlage einer eingehenden Analyse der Leistungs- und Kostengesichtspunkte entsprechend den Vorgaben des § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG in Bezug auf die Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung dargestellt werden. Auf dieser Grundlage könnten künftige Fortschreibungen und Weiterentwicklungen der Apothekenvergütungen vorgenommen werden.

### **§ 7 AMPreisV – Betäubungsmittel**

#### **Vorgeschlagene Regelung**

Bei der Abgabe eines Betäubungsmittels können die Apotheken künftig einen zusätzlichen Betrag von 2,91 Euro (statt bisher 0,26 Euro) einschließlich Umsatzsteuer berechnen.

#### **Bewertung**

Auch hinsichtlich Vergütungsanpassungen bei der Abgabe von Betäubungsmitteln wären Angaben zu den Kostenentwicklungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gemäß § 78 Abs. 1 Satz 2 AMG wünschenswert.

### **III. Weiterer Regelungsbedarf**

#### **Förderung von Aut-idem-Verordnungen in der PKV**

Der PKV-Verband setzt sich gemeinsam mit dem Deutschen-Apothekerverband (DAV) für eine gesetzliche Regelung zur Förderung von Aut-idem-Verordnungen ein. Dies wäre möglich, wenn der Arzt – anders als heute – bei der Verordnung die Möglichkeit des „aut idem“ bewusst ausschließen müsste, wenn er aus medizinischen Gründen eine Substitution für bedenklich hielte. Der Apotheker müsste zudem ausdrücklich zur Abgabe wirkstoffgleicher Arzneien bzw. zur Beratung des Patienten über einen entsprechenden Austausch berechtigt

sein. Näheres ließe sich in Verträgen zwischen PKV und Apothekern regeln. Einer ausdrücklich gesetzlichen Ermächtigung des PKV-Verbandes bedarf es auch, um mit dem DAV Ziele zugunsten einer qualitätsgesicherten Arzneimittelversorgung von Privatversicherten zu vereinbaren.

### **Preisbildung parenteraler Lösungen und Vermeidung des Verwurfs von Restmengen**

a) Bereits nach aktueller Rechtslage sind Apotheken gemäß § 5 Abs. 2 AMPreisV verpflichtet, für die Zubereitung von parenteralen Lösungen nur die erforderliche Menge an Stoffen und Fertigarzneimitteln zu verwenden. In der Praxis werden Restmengen angebrochener Abpackungen und teilbare Gebinde dennoch häufig abgerechnet, obwohl sie regelmäßig noch für weitere Zubereitungen verwendet werden. Der Schaden beläuft sich schätzungsweise auf 9 bis 10 Mio. Euro pro Jahr.

Es bedarf daher der Klarstellung, dass die Verwendung wirtschaftlicher Wirkstärken-Packungsgrößen-Kombinationen gemäß ärztlich verordneter, nach Milligramm, Milliliter oder internationalen Einheiten bemessener Wirkstoffmenge vorzunehmen ist. Restmengen nicht vollständig verbrauchter Abpackungen sollen nur dann und soweit abgerechnet werden dürfen, als ihr Anfall und daraus entstehende Kosten unvermeidbar waren bzw. die weitere Verwendung nicht möglich war. Ein unvermeidbarer Verwurf ist zu definieren als eine nicht mehr weiterverarbeitbare Teilmenge, deren Haltbarkeit überschritten ist oder die aus rechtlichen Gründen nicht in einer anderen Zubereitung verarbeitet werden darf.

b) Zur Geltendmachung der Rabatte gemäß § 130a SGB V sind die Apotheker diesbezüglich zu verpflichten, die anteilig verwendete Menge auf dem Ordnungsblatt anzugeben.

c) Der Herstellerabgabepreis für Fertigarzneimittel, die in parenteralen Zubereitungen verwendet werden, unterliegt nicht mehr der AMPreisV und Apotheken können niedrigere als in der Lauer-Taxe gelistete Einkaufspreise erzielen. Nach § 129 Abs. 5c Satz 2 SGB V dürfen die Apotheken den Krankenkassen nur ihre tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise berechnen, während Versicherte der PKV und Beihilfeberechtigte regelmäßig die höheren Listenpreise der Lauer-Taxe für in Zubereitungen verwendete Arzneimittel zu bezahlen haben.

Daher ist eine Regelung in § 5 Abs. 2 AMPreisV einzufügen, nach der die der Apotheke gewährten Preisnachlässe und geldwerten Einkaufsvorteile bei der Preisberechnung in Abzug zu bringen sind. Bei nicht patentgeschützten Wirkstoffen kann vorgesehen werden, dass die Apotheke aus Gründen der Praktikabilität stattdessen auch einen Preisnachlass von 20 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis gewähren kann, der sich unter Zugrundelegung des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers gemäß der Lauer-Taxe ergibt (zum Vergleich: nach der sog. Hilfstaxe beträgt der Preisnachlass für nicht patentgeschützte Arzneimittel 30 Prozent).



Eine solche Regelung ist unerlässlich, da die Apotheken in der Praxis die Hilfstaxe allenfalls in Ausnahmefällen (bspw. in brancheneinheitlichen Sozialtarifen) bei Privatpatienten anwenden. Beihilfeberechtigte und privat versicherte Patientinnen und Patienten können sich gegenüber Zytostatika herstellenden Apotheken nicht darauf berufen, dass die Hilfstaxe angewendet wird (vgl. OLG München, Beschluss 28.2.2007, 25 U 557/06).

Formal besteht zwar – wie die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung auf die Stellungnahme des Bundesrates in Drs. 18/10608 zu Recht hinweist – in § 5 AMPreisV auch für die PKV eine Vertragsabschlusskompetenz mit dem Deutschen Apothekerverband. Da allerdings bei Nichteinigung keine Entscheidung durch eine Schiedsstelle vorgesehen ist, ist das Interesse der Leistungserbringerseite an einer Vereinbarung mit der PKV aus deren Perspektive nachvollziehbarerweise denkbar gering. Folglich besteht hier, wie vom Bundesrat in der Beschlussdrucksache 601/16 formuliert, dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Ein alternativer, sogar vorzugswürdigerer Lösungsansatz wäre eine Ergänzung des § 5 AMPreisV um eine Schiedsstellenregelung, mit der die Wahrscheinlichkeit einer vertraglichen Abrede zwischen der PKV / Beihilfe und dem DAV deutlich erhöht würde.

### **Ambulante Abgabe von Zytostatika-Zubereitungen durch Krankenhausapotheken**

Weiterer Handlungsbedarf hinsichtlich der Zytostatika-Versorgung von Beihilfeberechtigten und Privatpatienten hat sich im Bereich der ambulanten Versorgung mit Zytostatika-Zubereitungen aus der Krankenhausapotheke gezeigt:

Hier ist die langjährig geübte, dem klaren Willen des Gesetzgebers (vgl. Bundesratsdrucksache 265/80 vom 12. Mai 1980, S. 14) entsprechende Praxis, bei Beihilfeberechtigten und Privatpatienten die AMPreisV als Obergrenze der Abrechnung anzuerkennen, von einem Krankenhausträger durchbrochen und von der Rechtsprechung gebilligt worden. Das Landgericht Bremen hat die Preisaufschläge des Krankenhauses von jeweils fast 11.000 Euro je Behandlungsfall in seinem Urteil vom 12. August 2016 (Az.: 4 O 964/15) als rechtens angesehen, weil die AMPreisV angeblich nicht für Arzneimittelabgaben durch Krankenhäuser gelte. Unabhängig davon, dass das genannte Urteil mit Rechtsmitteln angegriffen wird, zeigt sich bereits jetzt die dringende Notwendigkeit, die berechtigten Interessen der Beihilfeberechtigten und Privatpatienten auch bei der ambulanten Arzneimittelversorgung durch Krankenhäuser zu schützen.

Hierfür ist eine Änderung der AMPreisV erforderlich, denn es ist davon auszugehen, dass der hier aufgezeigte Fall sehr schnell von anderen Krankenhäusern aufgegriffen werden wird, wie Negativbeispiele aus der Vergangenheit – z.B. überhöhte Zimmerzuschläge, zusätzliche Berechnung von Entlassungstagen, Privatklinikausgründungen aus Plankrankenhäusern etc. – gezeigt haben. Innerhalb kürzester Zeit sind die zugrundeliegenden „Abrechnungsideen“ von einer Vielzahl anderer Krankenhausträger aufgegriffen und angewandt worden.

Nach aktuellen Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV liegen die jährlichen Ausgaben von Beihilfe und PKV für Zytostatika-Zubereitungen bei ca. 295 Mio. Euro. Geht man davon aus, dass die Hälfte dieser Ausgaben auf die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser entfällt und diese den vom LG Bremen gebilligten Berechnungsmodus anwenden, ergäben sich jährliche Mehrausgaben in Höhe von ca. 37 Mio. Euro. Da allerdings bei Unanwendbarkeit der AMPPreisV auch noch deutlich höhere Zuschläge möglich sind und zusätzlich auch höhere Preise für Fertigarzneimittelabgaben durch Krankenhäuser im Falle einer Nichtgeltung der AMPPreisV durch die Rechtsprechung des LG Bremen ermöglicht werden, kann sich auch leicht ein noch deutlich höheres Schadenspotenzial ergeben.

Daher ist es dringend erforderlich § 1 Abs. 3 Nr. 1 AMPPreisV, der bislang vorsieht, dass Krankenausapotheken von den Regelungen der AMPPreisV ausgenommen sind, dahingehend zu ändern, dass nur solche Arzneimittelabgaben von der Geltung der AMPPreisV ausgenommen sind, für die die Krankenkassen oder ihre Verbände für ihre GKV-Versicherten Abgabepreise vereinbart haben. Damit wären Beihilfeberechtigte und Privatversicherte von der Anwendungsausnahme des § 1 Abs. 3 AMPPreisV nicht umfasst, die AMPPreisV würde gelten. Das Krankenhausprivileg an sich – Direktbezug der Arzneimittel von den pharmazeutischen Unternehmen, keine Bindung an die AMPPreisV im Einkauf – bliebe über die unveränderte Regelung des § 1 Abs. 3 Nr. 2 AMPPreisV erhalten.