



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 26.09.2022

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)53(8)
gel VB zur öffent Anh am
28.09.2022 - GKV-FinStG
27.09.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzes	7
• Zu Artikel 1 Nummer 1 § 4 SGB V (Krankenkassen).....	7
• Zu Artikel 1 Nummer 2 § 35a SGB V (Kosten- und Nutzenbewertung von Arzneimitteln)	8
• Zu Artikel 1 Nummer 3 § 85 SGB V (Gesamtvergütung).....	9
• Zu Artikel 1 Nummer 5 § 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)	11
• Zu Artikel 1 Nummer 11 § 130a SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer).....	14
• Zu Artikel 1 Nummer 12 § 130b SGB V (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung)	15
• Zu Artikel 1 Nummer 14 § 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen)	16
• Zu Artikel 1 Nummer 14 § 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen)	17
• Zu Artikel 1 Nummer 20 § 221a SGB V (Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2021 und 2022, Verordnungsermächtigung)	18
• Zu Artikel 1 Nummer 21 § 232a SGB V (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld)	19
• Zu Artikel 1 Nummer 22 § 242 SGB V (Zusatzbeitrag).....	20
• Zu Artikel 1 Nummer 23 § 260 SGB V (Betriebsmittel).....	21
• Zu Artikel 1 Nummer 26 § 271 SGB V (Gesundheitsfonds)	22
• Zu Artikel 1 Nummer 27 § 272b SGB V (Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2023) NEU	23
• Zu Artikel 2 Nummer 2 § 9 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene).....	25
• Zu Artikel 3 Nummer 1 § 17b KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung).....	26

- Zu Artikel 3 Nummer 2 § 17b KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung) NEU.....27

3. Ergänzender Änderungsbedarf 28

- § 124 SGB V (Zulassung)28
- § 125 SGB V (Verträge)29
- § 125a SGB V (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung)31
- Krankenhausentgeltgesetz34

1. Allgemeiner Teil

Der Gesetzentwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes sichert keine nachhaltige Finanzierung der GKV als eine Säule des sozialen Sicherungssystems. Die Maßnahmen wirken nur kurzfristig für 2023. Positiv ist, dass Leistungskürzungen für die Versicherten der GKV vermieden werden sollen.

Die im Entwurf geplanten Maßnahmen zur Deckung der erwarteten Finanzlücke der GKV von 17 Milliarden Euro in 2023 sind unausgewogen. Die Beitragszahler:innen werden im Vergleich zu anderen Bereichen überproportional stark herangezogen, um die Finanzlücke zu schließen. Nicht nur die absehbaren Beitragssatzsteigerungen und das zurückzuzahlende Bundesdarlehen, sondern auch den Abbau der Reserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds müssen in erster Linie die Beitragszahler:innen aufbringen. Ihr Anteil liegt bei insgesamt mehr als zwölf Milliarden Euro!

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat bereits angekündigt, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2023 um 0,3 Prozent steigen soll. Im Gesetzentwurf wird nur darauf hingewiesen, dass ein Anstieg der Zusatzbeiträge ab 2023 mit dem geplanten Maßnahmenpaket begrenzt werden soll. Dies ist aus Sicht des vdek nicht nachvollziehbar. Es besteht das Risiko, dass aufgrund der geplanten Abschmelzung der Rücklagen bei den Krankenkassen und im Fonds es zu weiteren unterjährigen Beitragssatzsteigerungen in 2023 kommen wird.

Aus Sicht des vdek sollten die gesetzlich angekündigten Beitragssatzsteigerungen nicht auf den Zusatzbeitrag aufgeschlagen werden. Seit 2015 ist der allgemeine Beitragssatz der GKV unverändert. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag stieg hingegen von 0,9 Prozent in 2015 auf 1,3 Prozent in 2022. Kostensteigerungen durch zum Teil teure Leistungsausweitungen der vergangenen Jahre wurden durch Anhebungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ausgeglichen. Sollten weitere Beitragssatzsteigerungen nicht zu verhindern sein, sollten diese über den allgemeinen Beitragssatz erfolgen. Hier spielen zudem Nachhaltigkeitsaspekte eine Rolle. Bei einer Anhebung des Zusatzbeitragssatzes müssen die Versicherten jeweils per Brief darüber in Kenntnis gesetzt und auf ihr Sonderkündigungsrecht hingewiesen werden. Bei einer Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes entfällt dies. Sollte es bei einer Anhebung des Zusatzbeitragssatzes bleiben, sollte auf diese Schreiben verzichtet werden. Der Verband der Ersatzkassen schließt sich insofern den Forderungen des GKV-Spitzenverbandes an.

Erneut werden Rücklagen des Gesundheitsfonds und der Kassen abgeschöpft – bis auf ein Minimum. Möglichkeiten für Investitionen oder langfristiges Planen sind somit massiv eingeschränkt. Durch die Abschmelzung verbleiben keine Rücklagen mehr, um unterjährige Schwankungen bei den Kassen auszuglei-

chen. Jede weitere Ausgabenspitze droht so auf den Beitragssatz durchzuschlagen. Zudem ist der Abbau der Rücklagen nur ein Einmaleffekt in 2023 und kein Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung.

Die Jahre vor Ausbruch der Corona-Pandemie waren geprägt von hohen Vergütungssteigerungen in allen Leistungsbereichen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Leistungserbringer:innenseite und Pharmaindustrie nicht über einen allgemeinen Solidarbeitrag stärker zu Stabilisierung der GKV-Finanzierung herangezogen werden sollen. Leistungserbringer:innen und Pharmaindustrie tragen zusammen gerade 17 Prozent des geplanten Einsparvolumens. Die Beitragszahler:innen sollen mit 65 Prozent die Hauptlast tragen.

Es ist nicht erklärbar, warum lediglich in der zahnärztlichen Versorgung die Vergütungssteigerungen – allerdings auf einem hohen Niveau – gedeckelt werden sollen. Der vdek fordert als Solidarbeitrag eine deutlich ausgewogenere Verteilung. Etwa durch eine Obergrenze der Vergütungssteigerungen in allen Versorgungsbereichen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass das Arzneimittelpreismoratorium um vier Jahre verlängert wird. Aus Sicht des vdek ist es notwendig, dieses Instrument dauerhaft beizubehalten und zu entfristen. Angesichts der aktuellen Inflationsraten sollte der Preisanpassungsmechanismus bis zur Inflationsrate im Preismoratorium für zwei Jahre ausgesetzt werden.

Auch bei den Apotheken besteht über den höheren Apothekenabschlag hinaus noch Einsparpotenzial für eine Entlastung der GKV. Hier sollte aus Sicht des vdek eine Abschaffung der Finanzierung des Botendienstes durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, da diese Leistung vormals durch die Apotheken kostenfrei erbracht wurde.

Die Beschränkung der Pflegebudgets auf die bettennahen Pflegekräfte ist zunächst als sachgerecht zu bewerten. Das Problem ist bereits länger bekannt und es ist gut, dass sich die Politik dem annehmen will. Dennoch erscheint der im Gesetzentwurf geplante Weg widersprüchlich. Zunächst sollen die Pflegebudgets gesenkt und im zweiten Schritt die regulären DRG-Fallpauschalen erhöht werden. Ob das in der Konsequenz tatsächlich zu substantiellen Einsparungen führt, ist fraglich. Aus Sicht des vdek sollte hier nachgebessert werden, um sicherzustellen, dass die Doppelfinanzierung aufgrund der kalkulatorischen Verschiebung von Pflegekräften und pflegeähnlicher Berufe ins Pflegebudget rückwirkend und künftig jährlich bereinigt wird.

Die Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen auf drei Prozent kann nur als Symbolpolitik eingestuft werden. Die damit einhergehenden Einsparungen in Höhe von 25 Millionen Euro sind der Höhe nach nicht geeignet, das Finanzproblem der GKV zu lösen. Aus Sicht des vdek ist gerade mit Blick auf die allgemeinen Preissteigerungen eine Deckelung der Verwaltungskostensteigerungen unterhalb der aktuellen Inflation nicht sachgerecht. Die

Folge wird sein, dass die Infrastruktur der GKV und der Selbstverwaltung verschlissen wird. Positiv ist jedoch, dass neben den Kosten für das Modellprojekt Online-Wahlen auch die Kosten der Sozialwahl 2023 von der Deckelungen der Verwaltungskosten ausgenommen werden soll.

Insgesamt braucht es eine nachhaltige und langfristige Lösung für die Finanzsituation der GKV!

Im Gesetzentwurf findet sich dagegen keine Lösung dafür, wie mit der systematischen Unterdeckung der Gesundheitsversorgung für Arbeitslosengeld (ALG)-II-Empfänger:innen umgegangen werden soll. Die Arbeitslosenversicherung leistet seit Jahren eine zu geringe Beitragspauschale an die GKV, um die tatsächlichen Gesundheitskosten für diese Personengruppe zu decken. Die Differenz belastet die gesamte Solidargemeinschaft in der GKV zusätzlich. Die Unterdeckung beträgt etwa zehn Milliarden Euro pro Jahr.

Ebenfalls sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf sieben Prozent gesenkt werden. Es ist nicht erklärbar, weshalb beispielsweise für Schnittblumen oder Hotelübernachtungen der ermäßigte Mehrwertsteuersatz fällig wird, während bei lebenswichtigen Arzneimitteln die vollen 19 Prozent aufgeschlagen werden. Dabei ist die geringere Besteuerung von Arzneimitteln in beinahe allen europäischen Ländern längst Standard. Diese Maßnahme ist aus Sicht des vdek zwingend notwendig, um die Beitragssätze nachhaltig zu stabilisieren. Daraus könnte ein jährliches Einsparvolumen von etwa fünf Milliarden Euro realisiert werden. Zwingend ist auch die im Koalitionsvertrag vereinbarte jährliche Dynamisierung des Bundeszuschusses.

Allein diese beiden Maßnahmen wären geeignet, die erwartete Finanzlücke der GKV substanziell zu verringern, ohne die Beitragszahler:innen weiter zu belasten.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 1
§ 4 SGB V (Krankenkassen)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Anstieg der sächlichen Verwaltungskosten der einzelnen Krankenkasse soll für 2023 auf drei Prozent gegenüber dem Vorjahr begrenzt werden. Erhöhungen durch die Durchführung der Sozialversicherungswahlen, die Teilnahme am Modellprojekt zur Durchführung von Online-Wahlen oder gestiegene Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303a bis 303e SGBV bleiben unberücksichtigt.

Bewertung

Die Höhe der Steigerung der sächlichen Verwaltungskosten schwankt von Jahr zu Jahr stark. In den letzten fünf Jahren lag die Veränderungsrate für die GKV zwischen -0,1 Prozent und 6,8 Prozent. Für die einzelnen Krankenkassen können die Schwankungen noch deutlich höher ausfallen. Somit ist nicht abzusehen, wie viele Krankenkassen von der Begrenzung der Steigerung der sächlichen Verwaltungskosten betroffen sein werden und in welcher Höhe.

Zu den sächlichen Verwaltungskosten gehören u. a. die Bewirtschaftung und der Unterhalt von Grundstücken und technischen Anlagen (inklusive der Energie- und Nebenkosten) sowie die Aufwendungen für die Selbstverwaltung. Mit Blick auf die allgemeinen Preissteigerungen ist eine Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten unterhalb der aktuellen Inflation nicht sachgerecht. Die Folge wird sein, dass die Infrastruktur der GKV und der Selbstverwaltung auf Verschleiß gefahren wird.

Richtigerweise werden die Kosten für die Sozialwahlen 2023 und für die Online-Wahlen aus der Deckelung herausgenommen.

Hinzu kommt, dass die Deckelung der sächlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen auf drei Prozent nur als Symbolpolitik eingestuft werden kann. Die damit einhergehenden Einsparungen in Höhe von 25 Millionen Euro führen nicht dazu, das Finanzproblem der GKV annähernd zu lösen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Falls Absatz 5 eingeführt wird, sollte die gedeckelte Steigerungsrate mindestens der geschätzten Inflationsrate für 2023 entsprechen (Prognose der Bundesbank vom Juni 2022: 4,5 Prozent).

Zu Artikel 1 Nummer 2

§ 35a SGB V (Kosten- und Nutzenbewertung von Arzneimitteln)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Die Umsatzschwelle für Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drugs) für die Nutzenbewertung wird auf 20 Millionen Euro reduziert.

Bewertung

Zu a)

Da für Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens erst nach Überschreiten der Umsatzschwelle (bisher 50 Millionen Euro) eine vollständige Nutzenbewertung durchgeführt wird, führt eine Absenkung auf 20 Millionen Euro dazu, dass eine größere Anzahl von Orphan Drugs einem regulären Bewertungsverfahren durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unterliegen. Damit besteht die Möglichkeit, den bei Markteintritt attestierten fiktiven Zusatznutzen zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Da der Zusatznutzen die Evidenzgrundlage für die sich anschließenden Erstattungsbetragsverhandlungen nach § 130b darstellt, begrüßen die Ersatzkassen diesen Schritt.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Alle Arzneimittel gegen seltene Leiden sollten bei Markteintritt eine reguläre Nutzenbewertung gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie durch IQWiG und G-BA durchlaufen.

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a:

Die Punktwerte für die zahnärztlichen Vergütungen für die Sachleistungen sollen in 2023 und 2024 nur begrenzt gesteigert werden. Für das Honorarjahr 2023 wird ein Abschlag in Höhe von 0,75 Prozentpunkten von der festgestellten Grundlohnsummenrate gesetzlich vorgegeben und für das Honorarjahr 2024 in Höhe von 1,5 Prozentpunkten. Die Abschläge sind nicht auf Punktwerte für prophylaktische- und präventive Leistungen anzuwenden. Bezug genommen wird auf die für die interne Honorarverteilung von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) gegenüber den Zahnärzt:innen festgelegten Punktwerte.

Zu b:

Dieselben Abschlagshöhen sind auch auf die Anpassungsraten für die Gesamtvergütungsbeträge zur Ausgabenbegrenzung zu beziehen. Damit wird u. a. auch die finanzielle Ausgabenbegrenzung in den Regionen mit vereinbarter Pauschalvergütung sichergestellt. Die Abschläge sind nicht auf prophylaktische- und präventive Leistungen zu beziehen.

Bewertung

Zunächst ist auf einen offensichtlichen Verweisirrtum als Veränderung gegenüber dem Referentenentwurf hinzuweisen. In dem geplanten Absatz 2d wird jetzt auf Absatz 4 Satz 3 des § 85 SGB V Bezug genommen. Dieser regelt jedoch nur die interne Honorarverteilung der von den Krankenkassen geleisteten Gesamtvergütungen zwischen KZV und Zahnärzt:innen. Damit würde bei den Krankenkassen – und somit im System der GKV – kein Einspareffekt erzielt, denn sie hätten ungeminderte Punktwerte an die KZVen zu zahlen, die dann lediglich in der internen Honorarverteilung von den KZVen an die Vertragszahnärzt:innen abgesenkt weitergegeben würden. Die unvermindert gezahlten Vergütungen (Punktwerte) in Systemen mit vereinbarter Einzelleistungsvergütung (bei den Ersatzkassen 14 von 17) verblieben somit bei den KZVen, die als eine Art „Sparkasse“ fungieren würden. Daher muss auf diesen Verweis verzichtet werden. In Regionen mit vereinbarter Pauschalvergütung (bei den Ersatzkassen drei von 17) würde die Realisierung der durch Absatz 3a intendierten Einspareffekte erschwert, da die KZVen in diesen Regionen in Verhandlungen auch auf den Absatz 2d abheben würden.

Als temporärer Beitrag der Zahnärzt:innen zur Ausgabenbegrenzung in der GKV sind die gesetzlich vorgegebenen Begrenzungen auch im Vergleich zu den Belastungen, die von den Versicherten zu tragen sind, mindestens als zumutbar anzusehen. Sowohl die Überschussentwicklung vor der Pandemie als auch die rasche Erholung im Mengenverlauf der Pandemie geben Raum für einen spürbaren Ausgabenbegrenzungsbeitrag der Zahnärzt:innen. Die ermittelten Summen, die mit den Begrenzungen für die GKV eingespart werden sollen,

können auf Basis der KV45 Daten zum 31.12.2021 nicht nachvollzogen werden. Es steht zu vermuten, dass die Ermittlung ohne Bereinigung vollzogen wurde. Um die anvisierten Gesamteinsparungen für 2023 und 2024 zu erreichen, könnte die Begrenzung auch auf den Zahnersatzpunktwert gemäß § 57 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V angewendet werden. Um eine signifikante Hebung von Finanzreserven über die genannten Beträge hinaus zu erzielen, wären für 2023 und 2024 jeweils über Deckelungen der Vergütungssteigerungen zielführender.

Die Herausnahme der prophylaktischen-/präventiven Leistungen von der Begrenzung wird aufgrund des gesundheitlichen- und versorgungspolitischen Charakters unterstützt.

Änderungsvorschlag

§ 85 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d angefügt:

„Die am 31. Dezember 2022 geltenden Punktwerte für die Vergütungen der Krankenkassen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für die zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz gelten in den Jahren 2023 und 2024 unverändert fort; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Absatz 1 Satz 5.“

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a angefügt:

„Für die Jahre 2023 und 2024 vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages keine Veränderungen der Gesamtvergütungen nach Absatz 3; dies gilt nicht für Anpassungen aufgrund der Veränderung der Zahl der Versicherten und für Leistungen nach den §§ 22, 22a und 26 Absatz 1 Satz 5.“

§ 57 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a angefügt:

„Der am 31.12.2022 geltende Punktwert für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2 gilt in den Jahren 2023 und 2024 unverändert fort.“

Zu Artikel 1 Nummer 5

§ 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Beabsichtigte Neuregelung

Die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen für Neupatient:innen läuft zum 31.12.2022 aus. Daher ist auch keine Kennzeichnung dieser Leistungen mehr erforderlich. Gleichzeitig werden diese Leistungen zurück in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführt; dabei werden die Leistungsmengen herangezogen, die seinerzeit aus der MGV bereinigt wurden, angepasst um die Veränderungen von Punktwerte und MGV-Veränderungsrate.

Im Bereich der offenen Sprechstunden wird die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) zwar beibehalten, jedoch weiterhin eine Bereinigung der MGV umgesetzt, wenn die Fahlzahlen in diesem Bereich um mehr als drei Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal steigen.

Der Bewertungsausschuss wird außerdem beauftragt, eine Evaluation vorzunehmen, ob sich durch die EGV-Vergütung der offenen Sprechstunden tatsächlich ein besserer Zugang zur fachärztlichen Versorgung ergeben hat.

Bewertung

Die grundsätzliche Zielrichtung der Änderungen ist positiv zu bewerten. Bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hätten gesetzliche Regelungen getroffen werden müssen, die die Effektivität der Vergütungsanreize im Hinblick auf das Ziel schneller (Fach-)arzttermine nachweisen; ein weitergehender Evaluationsauftrag an die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist daher zu begrüßen.

Zwischenzeitlich vorliegende Erkenntnisse zeigen, dass die EGV-Vergütung von Leistungen bei Neupatient:innen hier keinen Beitrag leisten konnte. Eine Rückführung in die MGV ist daher folgerichtig. Die gegenüber dem Referentenentwurf technisch klarere Regelung, wie diese „Eindeckelung“ zu erfolgen hat, ist für ein zügiges Beratungsverfahren im Bewertungsausschuss hilfreich.

Ebenfalls positiv ist, dass sich der Gesetzgeber im vorliegenden Entwurf mit den offenen Sprechstunden und einer möglichen veränderten Anreizstruktur auseinandersetzt. Dabei könnte es durchaus dazu kommen, dass die weiter bestehende EGV-Vergütung allein zur Steigerung der Einkommen genutzt wird, ohne dass es hier zu einer Versorgungsverbesserung kommt. Eine dauerhafte Bereinigung dieser Leistungen zur Vermeidung von Doppelzahlungen ist seit langem eine Forderung der Ersatzkassen. Allerdings sollte diese Bereinigung unabhängig von der Erreichung eines Schwellenwertes von drei Prozent erfolgen. Der Verzicht auf diese Einschränkung würde auch die Umsetzung des Bereinigungsverfahrens erheblich erleichtern.

Angesichts der erheblichen Honorarsteigerungen im vertragsärztlichen Bereich und der damit entstandenen finanziellen Belastungen, die auch die Beitragszahler:innen treffen, ist jedoch aus grundsätzlichen Erwägungen eine Rückführung der Leistungen, die im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht werden, zurück in die MGV der konsequentere und damit zu bevorzugende Schritt.

Änderungsvorschlag

§ 87a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Dem Satz 5 Nummer 5 **und Nummer 6** werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2022“ vorangestellt.

b) Satz 13 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem 1. Januar 2023 sind die in Satz 5 Nummer 3 **und** 4 ~~und 6~~ genannten Leistungen bei der Abrechnung zu kennzeichnen.“

c) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 30. November 2022 Vorgaben zur Rückführung des nach den Sätzen 7 bis 12 bereinigten Vergütungsvolumens für Leistungen nach Satz 5 Nummer 5 **und 6** in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs mit Wirkung ab dem 1. Januar 2023. ~~Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 6 genannten Leistungen ab dem Jahr 2023 unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, zu bereinigen, wenn die Zahl der Arztgruppenfälle einer Arztgruppe gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als drei Prozentpunkte steigt; der Bewertungsausschuss beschließt das Nähere zur Bereinigung bis spätestens zum 31. März 2023. 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 Evaluierung hat der Bewertungsausschuss mit dem Bundesministerium für Gesundheit Einvernehmen herzustellen. Der Bewertungsausschuss hat das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 die Ergebnisse der Evaluierung zu berichten.“~~

Hilfsweise:

c) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 30. November 2022 Vorgaben zur Rückführung des nach den Sätzen 7 bis 12 bereinigten Vergütungsvolumens für Leistungen nach Satz 5 Nummer 5 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs mit Wirkung ab dem 1. Januar 2023. Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 6 genannten Leistungen ab dem Jahr 2023 unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals,

die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, zu bereinigen, ~~wenn die Zahl der Arztgruppenfälle einer Arztgruppe gemäß § 19a Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als drei Prozentpunkte steigt~~; der Bewertungsausschuss beschließt das Nähere zur Bereinigung bis spätestens zum 31. März 2023. 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 Evaluierung hat der Bewertungsausschuss mit dem Bundesministerium für Gesundheit Einvernehmen herzustellen. Der Bewertungsausschuss hat das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 über die Ergebnisse der Evaluierung zu berichten.“

Zu Artikel 1 Nummer 11

§ 130a SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer)

Beabsichtigte Neuregelung

Für 2023 wird der Herstellerzwangsabschlag für Arzneimittel um fünf Prozent auf dann zwölf Prozent erhöht. Zudem wird das seit 2009 geltende Preismoratorium um weitere vier Jahre bis Ende 2026 verlängert.

Bewertung

Mit dieser Regelung wird der im Referentenentwurf noch vorgesehene Solidarbeitrag der Pharmaindustrie in Höhe von je einer Milliarde Euro für 2023 und 2024 (ursprünglicher neuer § 130 f SGB V) de facto halbiert.

Die Verlängerung um weitere vier Jahre ist zu befürworten. Bei einem Auslaufen Ende 2022 wäre mit erheblichen Ausgabensteigerungen zu rechnen. Durch den Inflationsausgleich im Preismoratorium besteht für die pharmazeutischen Unternehmer die Möglichkeit, die Kostensteigerungen im Rahmen der allgemeinen Preisentwicklung durch eine Anpassung ihrer Preise auszugleichen. Faktisch handelt es sich also nicht mehr um ein Preismoratorium, sondern um eine Deckelung der jährlichen Preiserhöhungsmöglichkeiten auf die Höhe der Inflationsrate. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Inflationsraten drohen ab dem Jahr 2023 trotz der Beibehaltung des Preismoratoriums erhebliche Preiserhöhungen. Daher wird angeregt, diese gegenläufigen Effekte zu berücksichtigen, beispielsweise durch eine temporär befristete Aussetzung des Inflationsausgleiches.

Änderungsvorschlag

Um den ursprünglich vorgesehenen Solidarbeitrag der Pharmaindustrie zu erhalten, sollte die Erhöhung des Herstellerrabattes zumindest auf 2024 ausgeweitet werden.

§ 130b Absatz 3a Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. August 2009 erstmalig am 1. Juli 2018 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt, **in den Jahren 2023 und 2024 erfolgt keine Anhebung des Preisstands.**“

Zu Artikel 1 Nummer 12

§ 130b SGB V (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu b)

Nicht therapiegerechte Packungsgrößen führen immer wieder dazu, dass größere Restmengen von Arzneimitteln weggeworfen werden müssen. Hierfür soll es künftig einen Abschlag auf den Erstattungsbetrag geben.

Bewertung

Zu b)

Insbesondere zu infundierende Arzneimittel werden oft nach Körpergewicht dosiert, was besonders bei teuren Arzneimitteln dazu führt, dass die GKV für tatsächlich nicht genutzte Mengen dennoch den vollen Preis bezahlen muss. Das ist weder nachhaltig noch wirtschaftlich. Datentechnisch ist es bereits jetzt so, dass nur die tatsächlich für Versicherte verwendeten Teilmengen abgerechnet werden könnten. Konsequenter wäre es daher, wenn sogenannte Arzneimittelverwürfe, also die nicht in die Versicherten gelangenden Arzneistoffmengen, generell nicht zulasten der GKV gehen würden. Den Rest würde der Markt regeln, entweder durch Verrechnungen zwischen Apotheke und Herstellern oder deutlich verlängerten Aufbrauchfristen für angebrochene Arzneimittelpackungen.

Änderungsvorschlag

Zu b):

Gesetzgeberische Klarstellung, dass Verwürfe von Arzneimitteln grundsätzlich nicht mit der GKV abgerechnet werden können.

Zu Artikel 1 Nummer 14

§ 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Beim erstmaligen Abschluss von Verträgen über die Versorgung mit Schutzimpfungen muss sich die Kostenerstattung an bereits bestehenden Verträgen für vergleichbare Schutzimpfungen orientieren. Zudem wird der Wirtschaftlichkeitspuffer von 30 Prozent für die zu beschaffenden Grippeimpfstoffe auch auf die kommende Impfsaison verlängert.

Bewertung

Aus den Formulierungen auch in der Begründung wird nicht klar, was damit genau gemeint ist. Wenn damit die Überführung der COVID-19-Impfungen in die Regelversorgung gemeint sein sollte, müsste hier klargestellt werden, dass mit den genannten „Verträgen“ nicht die bisherige Honorierung von mindestens 28 Euro je Impfung gemeint ist, die derzeit aus Steuergeldern bestritten wird, sondern die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) vereinbarte „übliche“ Honorierung von Impfungen mit einem Einzelimpfstoff in Höhe von rund acht Euro. Die Verlängerung des Wirtschaftlichkeitspuffers führt nach eigener Aussage des BMG zu einer Mehrbelastung der GKV von ca. 75 Millionen Euro.

Änderungsvorschlag

Gesetzestechische Klarstellung des konkret Gewollten im oben beschriebenen Sinne.

Zu Artikel 1 Nummer 14

§ 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Beim erstmaligen Abschluss von Verträgen über die Versorgung mit Schutzimpfungen muss sich die Kostenerstattung an bereits bestehenden Verträgen für vergleichbare Schutzimpfungen orientieren. Zudem wird der Wirtschaftlichkeitspuffer von 30 Prozent für die zu beschaffenden Grippeimpfstoffe auch auf die kommende Impfsaison verlängert.

Bewertung

Aus den Formulierungen auch in der Begründung wird nicht klar, was damit genau gemeint ist. Wenn damit die Überführung der COVID-19-Impfungen in die Regelversorgung gemeint sein sollte, müsste hier klargestellt werden, dass mit den genannten „Verträgen“ nicht die bisherige Honorierung von mindestens 28 Euro je Impfung gemeint ist, die derzeit aus Steuergeldern bestritten wird, sondern die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) vereinbarte „übliche“ Honorierung von Impfungen mit einem Einzelimpfstoff in Höhe von rund acht Euro. Die Verlängerung des Wirtschaftlichkeitspuffers führt nach eigener Aussage des BMG zu einer Mehrbelastung der GKV von ca. 75 Millionen Euro.

Änderungsvorschlag

Gesetzestechische Klarstellung des konkret Gewollten im oben beschriebenen Sinne.

Zu Artikel 1 Nummer 20

§ 221a SGB V (Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2021 und 2022, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Es gibt einen zusätzlichen einmaligen Bundeszuschuss in Höhe von zwei Milliarden Euro in 2023.

Bewertung

Die Erhöhung des Bundeszuschusses ist nur eine Teilrefinanzierung der gesetzlichen Aufgaben, die an die GKV delegiert wurden. Der Staat beteiligt sich nur unterdurchschnittlich stark an der Finanzierungslücke der GKV. Die Finanzierungslücke der GKV sollte gerechterweise gleichmäßig auf die Schultern der Beitragszahler:innen, der Leistungserbringer:innen, der Industrie und des Staates verteilt werden. Zudem sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf sieben Prozent gesenkt werden. Diese Maßnahme ist aus Sicht des vdek zwingend notwendig, um die Beitragssätze nachhaltig zu stabilisieren. Daraus könnte ein jährliches Einsparvolumen von etwa fünf Milliarden Euro realisiert werden.

Außerdem ist keine nachhaltige Finanzwirkung vorhanden, von der im Koalitionsvertrag genannten Dynamisierung des Bundeszuschusses ist nichts zu finden. Auch eine weitgehend kostendeckende Finanzierung der Leistungsausgaben für ALG-II-Empfänger:innen fehlt.

Änderungsvorschlag

Der Bundeszuschuss muss entsprechend der von der GKV wahrgenommenen staatlichen Aufgaben angehoben und dynamisiert werden. Gemäß dem Koalitionsvertrag ist die vereinbarte Erhöhung der pauschalierten Beiträge bei ALG II-Empfänger:innen im Rahmen dieses Gesetzes umzusetzen.

Zu Artikel 1 Nummer 21

§ 232a SGB V (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 232a Absatz 1a wird aufgehoben.

Bisher ist geregelt, dass 2018 der Faktor von 0,2155 der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV, der die Grundlage für die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher:innen von ALG II bildet, im Hinblick auf die maßgebliche Struktur der Bezieher:innen von ALG II zu überprüfen und bei Veränderungen mit Wirkung zum 1.1.2018 neu zu bestimmen ist. Nun soll wegen Zeitablauf diese Verpflichtung gestrichen werden.

Bewertung

Es ist nicht bekannt, inwieweit eine solche Prüfung stattgefunden hat. Einer Streichung der grundsätzlichen Pflicht zu Prüfung der Angemessenheit der Beitragshöhe wäre nur dann zuzustimmen, wenn in anderer Art und Weise die Beiträge für die Bezieher:innen von ALG II angepasst werden. Insoweit könnte auch das Jahr der Überprüfung (2018) geändert werden. Im Hinblick auf die nun begonnenen Diskussionen zum Bürgergeld, das an die Stelle von ALG II treten soll, ist aber zu erwarten, dass das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz keine Regelungen für einen auskömmlichen Beitrag bei diesem Personenkreis vorsehen wird.

Änderungsvorschlag

§ 232a Absatz 1a bleibt erhalten und wird hinsichtlich der Jahreszahl angepasst; „2018“ wird durch „2022“ ersetzt.

Allgemein ist bekannt, dass eine systematische Unterdeckung der Gesundheitsversorgung für ALG II-Empfänger:innen vorliegt. Die Arbeitslosenversicherung leistet seit Jahren eine zu geringe Beitragspauschale an die GKV, um die tatsächlichen Gesundheitskosten für diese Personengruppe zu deckeln. Dementsprechend sollte die Berechnung der Beitragseinnahmen der ALG II-Empfänger:innen angepasst werden.

Zu Artikel 1 Nummer 22
§ 242 SGB V (Zusatzbeitrag)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Entsprechend der Anpassung der Obergrenze der Finanzreserven von 0,8 einer Monatsausgabe auf 0,5 einer Monatsausgabe wird auch das Zusatzbeitragsanhebungsverbot angepasst. Somit dürfen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragsatz nicht anheben, wenn sie nach ihren letzten vierteljährlichen Rechnungsergebnissen über Finanzreserven verfügen, die das 0,5-Fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe übersteigen.

Bewertung

Zu a)

Die Möglichkeit der Krankenkassen, Finanzreserven zu bilden und diese für z. B. Investitionen zu verwenden, wird weiter massiv eingeschränkt. Eine wirtschaftlich stabile Haushaltsführung der Krankenkassen ist damit nicht mehr möglich. Auch wird in die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen weiter eingegriffen.

Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung im § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V sollte gestrichen werden.

Zu Artikel 1 Nummer 23
§ 260 SGB V (Betriebsmittel)

Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Die gesetzliche Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen von 0,8 Monatsausgaben wird auf 0,5 Monatsausgaben gesenkt.

Bewertung

zu a)

Die Änderung des § 260 SGB V Absatz 2 Satz 1 und 2 wird abgelehnt. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Finanzreserven zu bilden und diese für eine solide Haushaltsführung oder Investitionen zu verwenden, wird weiter eingeschränkt.

Änderungsvorschlag

Die beschriebenen Änderungen des § 260 SGB V Absatz 2 und 2a sollten gestrichen werden.

In dem Fall müssten auch die Folgeänderungen unter den Nummern 15 und 22 gestrichen werden.

Beabsichtigte Neuregelung

zu b)

Durch die Änderung des neuen § 4 Absatz 5 (siehe Nummer 1) wird das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2023 um 25 Millionen Euro gemindert. Diese Mittel werden gegebenenfalls für höhere Zuweisungen im Folgejahr genutzt, wenn die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf des Geschäftsjahres 2023 0,25 Monatsausgaben des Gesundheitsfonds überschreitet. Nach Satz 2 berücksichtigt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) den Bereinigungsbetrag bei den Zuweisungen, die die Krankenkassen nach § 271 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben erhalten.

Bewertung

zu b)

Abzulehnen ist allerdings die hier geregelte Zuführung von 25 Millionen Euro in die Liquiditätsreserve durch eine Kürzung des Zuweisungsvolumens aufgrund der Begrenzung des Kostenanstiegs bei den Sachkosten von drei Prozent. Hier findet zulasten der Krankenkassen eine doppelte Berücksichtigung statt. Im Rahmen der Festlegung des Zuweisungsvolumens für 2023 wird der vorgeschriebenen Obergrenze durch einen entsprechenden Ansatz der Sachkosten bereits Rechnung getragen. Einer weiteren Zuführung aus einem bereits abgesenkten Zuweisungsvolumen bedarf es folglich nicht. Die Deckelung der sachlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen und damit einhergehende Reduzierung der Zuweisungen auf 25 Millionen Euro in 2023 kann nur als Symbolpolitik eingestuft werden kann. Die damit einhergehenden Einsparungen in Höhe von 25 Millionen Euro führen nicht dazu, das Finanzproblem der GKV annähernd zu lösen. Darüber hinaus werden die Zuweisungen gegebenenfalls nur verschoben: Die Zuweisungen werden in 2023 um 25 Millionen Euro gekürzt und 2024 werden die Zuweisungen, falls die wirtschaftliche Situation sich in 2023 positiv entwickelt, wieder um 25 Millionen Euro erhöht.

Änderungsvorschlag

Zu b)

Streichung.

Beabsichtigte Neuregelung

Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden in 2023 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich (RSA)teilnehmenden Krankenkassen zugeführt. Die um drei Millionen Euro verminderten Finanzreserven zwischen 0,2 und 0,3 Monatsausgaben müssen zu 65 Prozent an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Die um drei Millionen Euro verminderten Finanzreserven über 0,3 Monatsausgaben werden zu 90 Prozent abgeschöpft. Es gilt generell ein Freibetrag in Höhe von drei Millionen Euro. Finanzreserven unter 0,2 Monatsausgaben bleiben unangetastet.

Für die Berechnung der Höhe der Finanzreserven, der durchschnittlichen Monatsausgabe und der abzuführenden Mittel sind die endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1) des Jahres 2021 zu verwenden.

Die durch die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel im 2023 werden über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an alle Krankenkassen ausgeschüttet.

Für den Falle von Fusionen in 2022 wird klargestellt, dass die Berechnungslage auch die endgültigen Rechnungsergebnisse (KJ1) des Jahres 2021 sind, abhängig vom Zeitpunkt der Fusion werden die Einzelbeträge der fusionierenden Krankenkassen addiert.

Die Verschärfung des Zusatzanhebungsverbots nach § 242 Absatz 1 Satz 4 SGB V gilt nicht für die Erhebung des Zusatzbeitragssatzes in 2023.

Bewertung

Die Rücklagen der Kassen werden erneut abgeschöpft. Erst 2021 wurden die Kassenreserven um acht Milliarden Euro abgeschöpft. Nach dem erneuten Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen bleibt GKV-weit nur noch das 0,25-fache einer Monatsausgabe (Basis: KJ1 2021) übrig. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Finanzreserven zu bilden und diese für z. B. Investitionen zu verwenden, wird weiter massiv eingeschränkt. Eine wirtschaftlich stabile Haushaltsführung der Krankenkassen ist damit nicht mehr möglich. Zusätzlich wirkt die finanzielle Entlastung nur einmalig für 2023 und ist kein Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung.

Positiv wird gesehen, dass die Verschärfung des Zusatzanhebungsverbots nicht in 2023 gelten soll. Zusammen mit dem Abschmelzen der Finanzreserven hätte das gleichzeitige Verschärfen des Zusatzanhebungsverbots in 2023 wahrscheinlich dazu geführt, dass die Finanzreserven vieler Krankenkassen in 2023 unter die Mindestreserve gefallen wären.

Änderungsvorschlag

Der eingefügte § 272b SGB V, mit Ausnahme der Regelung zum Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot, soll gestrichen werden.

Zu Artikel 2 Nummer 2
§ 9 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu geplanten Definition des Pflegebudgets.

Bewertung

Die Regelung sieht eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu den Verhandlungen zum Pflegebudget erst zum 31.05.2023 vor, sodass die vorgesehenen Maßnahmen in den Budgetverhandlungen erst für den Pflege-satzzeitraum 2024 greifen können.

Änderungsvorschlag

Im Gesetzesvorschlag zu § 9 Absatz 1 Nummer 8 sollte die Angabe „31. Mai 2023“ durch „31. Dezember 2022“ ersetzt werden.

Zu Artikel 3 Nummer 1

§ 17b KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Grundlage eines angepassten Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die neue Definition des „qualifizierten Pflegepersonals“ zu beachten haben.

Bewertung

Es handelt sich zunächst um eine Folgeregelung zur Definition der Pflegepersonalkosten aus dem Pflegebudget, die auch bei der Fortschreibung des DRG-Vergütungssystems zu beachten ist. Die Regelung greift erstmals im Pflege-satzzeitraum 2024. Mit der Regelung wird zwar eine definitorische Klarheit geschaffen, das eigentliche Problem der Fehlallokation von Beitragsmitteln, die sich aus kalkulatorischen Verschiebungen aus dem DRG-Bereich in das Pflegebudget ergeben haben, nicht behoben.

Seit der Einführung des Pflegebudgets ist es zu einem kalkulatorischen Anstieg der Zahl der Pflegekräfte gekommen, der einem realen Stellenzuwachs fern ist. Dies hat in einer bundesweiten Betrachtung grundsätzlich zu einer Finanzierung von Phantompflegekräften geführt, ohne dass die Versorgung der Patient:innen am Bett sich real geändert hat. Dies hat zu rein finanziellen Konsequenzen für die Beitragszahler:innen geführt, ohne dass sich die Versorgung der Patient:innen verbessert hat. Eine Bereinigung dieser kalkulatorischen Fehlentwicklung ist im Gesetzestext nicht vorgesehen. Es ist eine kostenneutrale Klarstellung vorgesehen, ohne dass das die Fehlallokation von Beitragsmitteln seit der Einführung des Pflegebudgets nachträglich bereinigt wird. Es sollte daher klargestellt werden, dass die Verschiebungen aus dem DRG-Bereich in den Pflegebereich der letzten Jahre im DRG-Katalog zu bereinigen sind. Die derzeitige Doppelfinanzierung, die sich daraus ergeben hat, sollte beseitigt werden.

Änderungsvorschlag

§ 17b Absatz 4 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird nach dem Wort „entwickeln“ ein Semikolon und werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2023 sind die Vorgaben des Absatzes 4a zu berücksichtigen; eine jährliche Normierung der Bewertungsrelationen des DRG-Katalogs hat eine Doppelfinanzierung aufgrund kalkulatorischer Personalverlagerung aus dem DRG-Bereich in das Pflegebudget ausschließen.“ eingefügt.

Zu Artikel 3 Nummer 2

§ 17b KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung) NEU

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene sollen eine eindeutige Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 31.12.2022 für die Pflege-satzzeiträume ab 2024 vereinbaren.

Bewertung

Vorgesehen ist, dass neben der Krankenpflege und Krankenpflegehilfe auch weitere Berufsgruppen ausgliedert werden können. Durch die Aufnahme weiterer Berufsgruppen in die Ausgliederung, wird das Problem der strategie-anfälligen Ausgliederung von Pflegekosten aus dem DRG-Bereich nicht eingegrenzt, sondern beibehalten.

Die vorgesehene Definition für die „Pflege am Bett“ ist überfällig und daher zu begrüßen.

Die Regelung sollte bereits in 2023 greifen können.

Änderungsvorschlag

Im Gesetzesvorschlag sollte die Jahresangabe „2024“ durch „2023“ ersetzt werden.

Im Gesetzesvorschlag zu § 17b Absatz 4a Satz3 Nr. 2 sind die Buchstaben d) bis f) zu streichen.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 124 SGB V (Zulassung)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 124 Absatz 1 Satz 1 wird an die Nummer 3 ein Semikolon und folgender Halbsatz angefügt:

„eine bereits erfolgte Anerkenntnis eines Vertrages nach § 125 Absatz 1 gilt auch für die Verträge nach § 125a“

§ 124 Absatz 4 wird gestrichen.

§ 124 Absatz 5 Satz 4 wird gestrichen.

§ 124 Absatz 6 wird gestrichen.

Begründung

Nach § 125 Absatz 1 und § 125a SGB V ist für die Zulassung von Heilmittelerbringern die Anerkennung der geltenden Verträge. Für die ca. 70.000 bestehenden Leistungserbringer war eine Anerkennung innerhalb von sechs Monaten in Schriftform abzugeben. Dennoch konnte erst ein Großteil fehlender Anerkennnisse nach einer dreimonatigen Fristverlängerung eingeholt werden.

Für die Vereinbarungen nach § 125a SGB V über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gilt diese Verpflichtung erneut. Dieses erneute Anerkennnisverfahren führt, sowohl auf Leistungserbringerseite als auch auf Kassenseite zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand.

Eine Notwendigkeit für ein neues Anerkennnisverfahren wird für die Vereinbarungen nach § 125a SGB V durch die Ersatzkassen nicht gesehen. Sofern von einem Leistungserbringer bereits eine Anerkenntnis zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V wurde, so kann diese ihre Wirkung auch für den Vertrag nach § 125a SGB V gelten. Die Rechtmäßigkeit der Leistungsabgabe könnte durch die Krankenkassen im Rahmen der Rechnungsprüfung geprüft werden. Aufwändige Verwaltungsverfahren könnten somit vermieden werden.

Der Absatz 4 kann aufgrund zeitlichen Ablaufs gestrichen werden, da die Fortgeltung der von den Verbänden der Ersatzkassen bis zum 30.06.2008 erteilten Zulassungen zwischenzeitlich überholt sind.

Die Absätze 5 Satz 4 und Absatz 6 kann aufgrund zeitlichen Ablaufs ebenfalls gestrichen werden, da das Verfahren abgeschlossen ist und die Preise nach § 125b SGB V zwischenzeitlich in allen Heilmittelbereichen durch die Vertragspreise nach § 125 Absatz 1 SGB V ersetzt wurden.

Beabsichtigte Neuregelung

a) § 125 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit dem Spitzenverband der Heilmittelerbringer ~~mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich~~ einen Vertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. ~~Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. Die Verträge sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 zu schließen.~~ Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ist zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen.

b) Dem § 125 Absatz 7 Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 geltenden entsprechend auch für regionale Vereinbarungen zu medizinisch-therapeutischen Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen in besonderen auf deren Förderung ausgerichteten Einrichtungen.“

Begründung

a) Die Vertragsverhandlungen nach §§ 125 und 125a SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und mittlerweile insgesamt 17 maßgebliche Heilmittelverbände in fünf Heilmittelbereichen gestalten sich als schwierig. Eine fristgerechte und ausgleichende Verhandlungslösung war selten möglich, da die Verbände der Leistungserbringerseite nicht mit einheitlichen Positionen in die Verhandlungen gegangen sind und mehrheitlich bereits getroffene Einigungen durch einen einzelnen Verband zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses wieder in Frage gestellt wurden. Auf Leistungserbringerseite kann ein einzelner kleiner Verband, der gerade einmal 5 Prozent der zugelassenen Leistungserbringer und damit nur eine deutliche Minderheit vertritt, Verhandlungslösungen für die Gesamtheit aller zugelassenen Leistungserbringer eines Heilmittelbereiches blockieren. Die Durchführbarkeit von Schiedsverfahren ist durch diesen Mechanismus ebenfalls erheblich erschwert. Verhandlungen und Schiedsverfahren zu den Vereinbarungen nach §§ 125 und 125a werden derzeit auch mit Einzelverbänden ausgetragen.

Um fristgerechte und sachorientierende Verhandlungen zu ermöglichen, ist es daher geboten, auch auf Leistungserbringerseite auf Mehrheitsprinzipien beruhende Strukturen zu schaffen. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer des jeweiligen Heilmittelbereiches eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden haben.

b) Durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) wurde die bundesweite Vertragskompetenz alleinig auf den GKV-Spitzenverband mit bindender Wirkung für die

Krankenkassen übertragen. Regionale Verträge sind gemäß § 125 Absatz 7 SGB V über die Einzelheiten der Versorgung mit kurortsspezifischen Heilmitteln sowie nach Absatz 8 zur Weiterentwicklung der Qualität und Struktur der Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln weiterhin möglich.

Die auf Landesebene bestehenden Sonderverträge zur Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in besonderen Einrichtungen waren im TSVG nicht gesondert adressiert. Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass die bestehenden Verträge zu medizinisch-therapeutischen Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen in besonderen Einrichtungen durch die gesetzlichen Änderungen im TSVG nicht erfasst werden und daher weiterbestehen können. Aus dem Kreis der Aufsichtsbehörden wurde vorgeschlagen, in § 125 SGB V eine gesetzliche Klarstellung im Sinne einer Länderöffnungsklausel vorzunehmen, damit das Weiterbestehen und auch die Weiterentwicklung der für die Betroffenen wichtigen Verträge auf eine sichere rechtliche Grundlage gestellt wird.

Die Ersatzkassen schließen sich dieser Forderung an und schlagen eine entsprechende gesetzliche Klarstellung vor.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 125a wird wie folgt geändert:

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~schließt~~ soll mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit dem Spitzenverband der Heilmittelerbringer für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. Die Verträge sind bis zum 30. September 2021 zu schließen. Gegenstand der Verträge ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer aufgrund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Die Auswahl der Therapie darf dabei nur im Rahmen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für die jeweilige Diagnosegruppe vorgegebenen verordnungsfähigen Heilmittel erfolgen. ~~Im Übrigen sind Abweichungen von dieser Richtlinie nur in dem von den Vertragspartnern nach Absatz 2 Nummer 2 vereinbarten Umfang möglich.~~ Vor Abschluss der Vereinbarung ist den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ~~Davon abweichend ist zu den Regelungen nach Absatz 2 Nummer 1 und 7 mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Einvernehmen herzustellen.~~

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist soll insbesondere Folgendes ~~zu regeln~~ geregelt werden:

1. alle Indikationen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind,
- ~~2. Möglichkeiten der Heilmittelerbringer, bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abzuweichen,~~
- ~~3-2.~~ einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 125 Absatz 1 abweichen,
- ~~4-3.~~ Möglichkeiten zur Bestimmung der Dauer der einzelnen Behandlungseinheiten durch den Leistungserbringer sowie Regelungen zu der daraus resultierenden Preisstruktur,
- ~~5-4.~~ Prospektive Richtwerte zur Versorgungsgestaltung und zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu veröffentlichen hat,~~
- ~~6-5.~~ Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die ~~medizinisch nicht begründet sind~~; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge

vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie

7-6. Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringer über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht ~~bis zum 30. September 2021~~ zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 125 Absatz 6 festgesetzt. ~~Eine Nichteinigung nach Satz 1 liegt vor, wenn mindestens einer der beiden Vertragsparteien intensive Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungsweg nachweisen kann. § 125 Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend.~~

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge nach Absatz 1 zu veröffentlichen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform der erweiterten Versorgungsverantwortung ~~sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung~~ zu erstellen und zu veröffentlichen.

(6) Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 7 in Verbindung mit § 84 Absatz 5 erhobenen und der nach Absatz 5 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung, der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Verträge nach Absatz 1. Die Evaluierung hat durch einen durch die Vertragspartner gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich nach Abschluss der Evaluation über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.

§ 73 Absatz 11 wird wie folgt geändert:

(11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und die Indikation für ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen. In medizinisch begründeten Fällen ~~kann~~ soll der Vertragsarzt auch bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden, mit der Folge, dass diese Verordnungen den Verträgen nach § 125 unterliegen. Die Vertragsärzte sollen zum Beginn des auf den rechtskräftigen Abschluss des Vertrages nach § 125a folgenden Quartals, frühestens jedoch nach sechs Wochen, nach den Regelungen dieses Absatzes verordnen.

§ 106b wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 wird nach Satz 5 folgender neuer Satz 6 eingefügt:

„Die Vereinbarungen nach Satz 1 umfassen auch Regelungen zur Wirtschaftlichkeit und zur Auffälligkeitsprüfung von Verordnungen nach § 73 Absatz 11 SGB V.“

Absatz 4 Nummer 4 wird gestrichen.

Begründung

Derzeit versuchen der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sogenannte Blankoverordnung) zu schließen.

In allen Heilmittelbereichen wird die Therapie in überwiegenden Teilen bereits heute vorwiegend durch den Therapeuten frei gestaltet. Dies geschieht entweder dadurch, dass die Heilmittel-Richtlinie und die Verträge keine konkreten Vorgaben dazu machen, welche Therapieverfahren zur Behandlung einzelner Indikationen durchgeführt werden (z. B. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) oder aber, dass in der Praxis Maßnahmen häufig abweichend von der ärztlichen Verordnung durchgeführt werden (z. B. Physiotherapie). Neben der Auswahl der Therapie ist auch die Frequenz der Behandlung weitgehend frei durch den Therapeuten bestimmbar. Die gesetzlich vorgesehene Blankoversorgung würde daran faktisch kaum etwas ändern, einzig ginge die wirtschaftliche Verantwortung vom Arzt auf den Therapeuten über. Aufgrund fehlender gesetzlicher Vorgaben zur Mengensteuerung und Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Therapeuten besteht mit den aktuellen Regelungen jedoch ein nicht unerhebliches Risiko ungerechtfertigter Mengen- und Ausgabensteigerungen für die Solidargemeinschaft.

Die Streichung der vorgesehenen Abschlussfrist 30.09.2021 wird begrüßt. Zusätzlich wird angeregt, dass für einzelne Heilmittelbereiche auf den Abschluss eines Vertrages nach § 125a SGB V verzichtet werden kann, sofern sich beide Vertragsparteien darüber einig sind. Ferner ist zu bemerken, dass das mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen herzustellende Einvernehmen in der Praxis erhebliche Probleme bewirkt. Dies insbesondere bei möglichen Schiedsverfahren. Aufgrund der gänzlichen Herausnahme von Blankoverordnungen aus der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung besteht ein gewisser Zielkonflikt zur Frage der medizinischen Eignung einzelner Indikationen für die Blankoversorgung. Den Vertragspartnern sollte es daher einerseits möglich sein, die Blankoversorgung (zunächst) nur für einzelne Indikationen vorzusehen, um Erfahrungen auch mit Blick auf die Evaluation und Wirtschaftlichkeit dieser Versorgungsform zu sammeln. Andererseits sollte die Herstellung eines Einvernehmens durch ein Stellungnahmerecht der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ersetzt werden. Die Abweichungsmöglichkeiten des Heilmittelerbringers von den Heilmittel-Richtlinien sind bereits durch den übergeordneten gesetzlichen Auftrag, dass der Heilmittelerbringer Auswahl, Dauer und Frequenz der Heilmitteltherapie selbst bestimmen kann, hinreichend definiert.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 15 Absatz 3 Satz 3 KHEntgG wird wie folgt ersetzt:

~~³Die Sätze 1 und 2 sind auch auf erstmalig vereinbarte Entgelte nach § 6 Absatz 2 anzuwenden.~~ ^{3 NEU} Abrechnungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen nach § 6 Absatz 2 Satz 9 erfolgen abweichend von den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem jeweiligen Kostenträger.

In § 6 Absatz 2 KHEntgG werden nach dem Satz 6 folgende Sätze eingefügt:

^{7NEU}Für Arzneimittel mit einem Erstattungsbetrag nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist ein Entgelt in Höhe des Erstattungsbetrags zu vereinbaren. ^{8NEU}Abweichend von Satz 7 kann auch ein Entgelt unterhalb des Erstattungsbetrags vereinbart werden. Das Entgelt nach den Sätzen 7 und 8 gilt ab dem Geltungsbeginn des Erstattungsbetrags mit der Maßgabe, dass die Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag und dem tatsächlich gezahlten Entgelt kostenträgerspezifisch auszugleichen ist.

Begründung

- 1) Das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5.12.2019 (Az 3 C 28.17) stellte fest, dass Krankenhäusern bei unterjähriger, erstmaliger Vereinbarung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ein Zahlbetragsausgleich nach § 15 Absatz 3 KHEntgG zusteht. Das mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vorgesehene Verfahren, den Ausgleichsbetrag für die vor der Vereinbarung erbrachten Leistungen gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Absatz 4 KHEntgG abzurechnen, ist aus Sicht des vdek weder für Krankenhäuser noch für Krankenkassen praktikabel. Stattdessen schlagen wir Verfahren zur kostenträgerspezifischen Abrechnung der NUB-Entgelte vor. Demnach können Krankenhäuser dem zuständigen Kostenträger das komplette NUB-Entgelt für eine Leistung in Rechnung stellen, sobald auf Ortsebene eine Vereinbarung hierzu vorliegt. Im Vergleich zum oben beschriebenen Ausgleichsverfahren über die Erlösausgleiche profitieren die Häuser somit von einer deutlich schnelleren Zahlung der Entgelte. Dies sollte insbesondere aufgrund der zunehmend sehr aufwändigen und kostenintensiven neuartigen Therapien (z. B. ATMP) im Arzneimittelbereich für die Liquidität der Häuser von Bedeutung sein. Die Krankenkassen hätten bei der nachträglichen Abrechnung den Vorteil, dass die Kostenzuordnung einzelner Leistungen nach dem Verursacherprinzip erfolgt.
- 2) § 78 Absatz 3 und 3a des Arzneimittelgesetzes (AMG) legen abschließend fest, dass pharmazeutische Unternehmer ein erstattungsbetragsgeregeltes Arzneimittel höchstens zu einem Abgabepreis in Höhe des Erstattungsbetrags abgeben dürfen. Somit dürfen pharmazeutische Unternehmer erstat-

tungsbetragsgeregelte Arzneimittel nicht zu einem Preis oberhalb des Erstattungsbetrages an Krankenhausapotheken bzw. krankenhausversorgende Apotheken verkaufen. Eine Herausforderung bei der Umsetzung des Erstattungsbetrages im stationären Sektor besteht darin, dass sich der Geltungszeitraum eines Erstattungsbetrages nicht notwendigerweise mit dem Geltungszeitraum des entsprechenden, mit dem Krankenhaus vereinbarten NUB-Entgelts decken muss. Bei der Vereinbarung einer NUB-Entgelthöhe orientieren sich die Vertragsparteien häufig an dem durch den pharmazeutischen Unternehmer jeweils gemeldeten Abgabepreis. Aufgrund der NUB-Systematik gilt dieser Preis dann jedoch für ein ganzes Jahr, obwohl in der Zwischenzeit im AMNOG-Verfahren mit einer entsprechenden und gegebenenfalls auch rückwirkend gültigen Preisänderung zu rechnen ist. Hieraus resultiert die Situation, dass innerhalb des Jahres der Gültigkeit des NUB-Entgelts Krankenkassen bei Abgaben im stationären Sektor zum Teil deutlich höhere Beträge zahlen als bei einer Abgabe des gleichen Arzneimittels im ambulanten Sektor. Darüber hinaus ist für den stationären Sektor auch kein Nacherstattungsverfahren geregelt. Aus Sicht des vdek sollte klargestellt werden, dass ab Geltungsbeginn der Erstattungsbetrag abzurechnen ist und die Differenz zum tatsächlich gezahlten Entgelt zurückzuerstatten ist.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com