

Zum
Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Hinweis: Wegen der außerordentlich kurzen Fristsetzung kann sich diese Stellungnahme nur auf ausgewählte Aspekte konzentrieren.

- Die GKV hat ein Ausgabenproblem, kein Einnahmeproblem. Eine Zielrichtung des Gesetzentwurfes ist daher richtig: Die Ausgabendynamik muss sich wieder an der Entwicklung der Einnahmen orientieren, um Beitragssätze zu stabilisieren und den Wirtschaftsstandort nicht weiter zu belasten.
- Problematisch ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Die Anhebung wurde von der Finanzkommission Gesundheit explizit nicht vorgeschlagen; sie ist faktisch eine Sondersteuer für qualifizierte Fachkräfte und deren Arbeitgeber in Höhe von ca. 4,5 Mrd. Euro. Die Belastung trifft insbesondere zukunftssträchtige Wachstumsbranchen und wird die Lohnnebenkosten weiter spürbar erhöhen. Zudem führt sie zu Steuerausfällen in Höhe von insgesamt 850 Mio. Euro bei Bund, Ländern und Kommunen.
- Die Verschiebung der Rückzahlung von Darlehen des Bundes ist eine Subvention. Sowohl diese Regelung als auch die außerordentliche Erhöhung der BBG verschleppen einen Teil der notwendigen Strukturreformen und laufen dem Grundsatz einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zuwider.
- Die für den Arzneimittelbereich vorgesehenen Maßnahmen sind nicht hinreichend: Sie werden den starken Arzneimittelausgabensteigerungen in GKV und PKV nicht gerecht und bleiben hinter den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit zurück. Insbesondere die Streichung der „Leitplanken“ wird zu Mehrausgaben führen. Es ist zudem ungewiss, ob die neuen Preismengen-Regelungen tatsächlich zu spürbaren Einsparungen führen werden.

I. Vorbemerkung

Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verschärft und weist inzwischen eine strukturelle Schieflage auf. Die Ausgaben wachsen kontinuierlich stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen, wodurch sich ein dauerhaftes Finanzierungsdefizit verfestigt. Ohne wirksame Gegensteuerung ist absehbar, dass sich diese Entwicklung weiter zuspitzt und zunehmend zu steigenden Beitragssätzen sowie zusätzlichen Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber führen wird. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber mit einem Beitragssatzstabilisierungsgesetz kurzfristig auf die angespannte Finanzlage reagiert. Eine langfristige Stabilisierung, mit der insbesondere die Belastung durch das alterungsbedingte starke Ansteigen der Ausgaben angegangen wird, steht aber noch aus. Die Finanzkommission Gesundheit rechnet mit einer starken Dynamik ab 2030. Die Zeit bis dahin sollte genutzt werden, mehr kapitaldeckte Absicherung zu etablieren, um der Alterung Rechnung zu tragen. Der Gesetzentwurf enthält hierzu noch keine Grundlage.

Gerade in einer solchen Situation ist hervorzuheben, dass das duale Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung einen wesentlichen Beitrag zur Stabilität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens leistet. Veränderungen an der GKV müssen daher immer auch im Kontext des dualen Systems gewürdigt werden. Das duale System darf nicht geschwächt werden.

Die aktuelle Entwicklung in der GKV zeigt die Notwendigkeit einer konsequenten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Es ist genug Geld im System. Nicht ohne Grund hat die Finanzkommission Gesundheit die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik als ihre wichtigste Empfehlung definiert. Eine wirksame Begrenzung der Ausgabendynamik ist erforderlich, die insbesondere bei den zentralen Kostentreibern ansetzt.

Die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) stellt dagegen einen Eingriff auf der Einnahmenseite dar, der keine nachhaltige Lösung für die strukturellen GKV-Finanzierungsprobleme bietet. Anders als der Referentenentwurf, der eine Mehrbelastung von 2,4 Mrd. Euro angibt, schätzt das Institut der deutschen Wirtschaft die zusätzliche Belastung auf mindestens 4,5 Mrd. Euro, zumal die Erhöhung der BBG auch für die Pflegeversicherung gilt. Erforderlich und der Finanzkommission Gesundheit zufolge auch möglich wären dagegen strukturelle Reformen, die die Effizienz der Versorgung stärken, Fehlanreize abbauen und die Ausgabendynamik nachhaltig begrenzen. Nur so kann die finanzielle Stabilität des Gesundheitssystems langfristig gesichert und die Leistungsfähigkeit für alle Versicherten erhalten werden.

Die Verschiebung der Rückzahlungen von Bundesdarlehen ist als verdeckte Subvention zugleich ein Eingriff in den Beitragswettbewerb von GKV und PKV. Da im Kontext der laufenden Debatte immer wieder die Forderung nach mehr Steuerzuschüssen mit dem Hinweis auf die Versorgung der Bürgergeldempfänger erhoben wird, sei hier der Hinweis erlaubt, dass die Versicherungsgemeinschaft der PKV ebenfalls die Versorgung von Bürgergeldempfängern aus Beiträgen mitfinanziert.

II. Zu ausgewählten Regelungen

Zu Artikel 1 Nr. 47 - § 130 Abs. 1 SGB V (Rabatt der Apotheken)

Vorgeschlagene Regelungen:

Im Bereich der Apotheken wird die Höhe des Abschlags nach § 130 Absatz 1 SGB V von 1,77 Euro auf 2,07 Euro erhöht. Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 200 Millionen Euro durch die Anhebung des Rabatts der Apotheken an die Krankenkassen nach § 130 Absatz 1 SGB V sowie Einsparungen in Höhe von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 140 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 150 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 170 Millionen Euro im Jahr 2030 durch die Erhöhung der Abschläge für Impfstoffe für Schutzimpfungen mit Patent- oder Unterlagenschutz (§ 130a Absatz 2 SGB V).

Bewertung:

Zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind Einsparungen in allen Leistungsbereichen erforderlich. Die Erhöhung des Abschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro zählt neben weiteren Maßnahmen zu einem Bündel an Maßnahmen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Privat versicherte und beihilfeberechtigte Patientinnen und Patienten erhalten diesen Abschlag nicht, obwohl der Gesetzgeber grundsätzlich auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) das Ziel verfolgt, einen bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten und die öffentlichen Haushalte im Hinblick auf die Beihilfeausgaben zu schonen. Die exklusive Geltung des Apothekenabschlages für GKV-Versicherte steht im Konflikt mit dem gesetzlichen Grundsatz der Einheitlichkeit des Apothekenabgabepreises gemäß § 78 Abs. 2 S. 2 AMG.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. a - § 130a Abs. 1b SGB V (Dynamischer Herstellerabschlag)

Vorgeschlagene Regelungen:

Ab dem 1. Januar 2027 wird ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V ein dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1b (neu) SGB V eingeführt. Seine Höhe berechnet sich auf Grundlage eines jährlichen Soll-Ist-Vergleichs der Arzneimittelausgaben gegenüber den beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) der GKV. Übersteigen die Ist-Ausgaben die anhand der BPE-Entwicklung ermittelten Soll-Ausgaben, wird der Differenzbetrag ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen. Der Abschlag gilt für patentgeschützte Arzneimittel und patentfreie Arzneimittel ohne generische Konkurrenz; ausgenommen sind Biosimilars, Festbetragsarzneimittel und Impfstoffe. Für das erste Halbjahr 2027 ist übergangsweise ein statischer Abschlag von 3,5 Prozent vorgesehen. Den entsprechenden Anspruch haben auch Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften.

Bewertung:

Der Gesetzgeber begründet die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags damit, zielgenauer auf die Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen reagieren zu können und den Herstellern finanzielle Spielräume, die durch steigende Einnahmen eröffnet werden, zugutekommen zu lassen. Dies soll zur Verhältnismäßigkeit der Maßnahme beitragen.

Es ist nicht sachgerecht, die Höhe eines Abschlags, der auch für die private Versicherungswirtschaft und die Beihilfe gilt, an den Einnahmen der GKV festzumachen. Die Regelung ist zudem komplex und in der Wirkung nicht absehbar. Eine maßvolle fixe Erhöhung ist eine vorzugswürdige Alternative.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. b - § 130a Abs. 2 SGB V (Abschlag für Impfstoffe)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Impfstoffabschlag nach § 130a Absatz 2 Satz 1 SGB V wird für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz um 7 Prozent erhöht. Für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz, für die ein Referenzabschlag nicht ermittelt werden kann, gilt ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent.

Bewertung:

Die FinanzKommission Gesundheit hat sich in ihrem Gutachten ausführlich mit den Ausgabenentwicklungen im Impfstoffbereich befasst. Sie betont, dass die Ausweitung der Mengenkomponeute gesellschaftlich wünschenswert ist und daher eine Veränderung der Preiskomponeute empfohlen.

Die Einführung eines Abschlags in Höhe von 7 Prozent für Impfstoffe mit Patent- und Unterlagenschutz ist zu begrüßen. Insgesamt greifen diese Maßnahmen aber zu kurz. Die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit werden nicht ausgeschöpft. Hersteller können auch zukünftig, da nach dem Referentenentwurf Impfstoffe weiterhin keinem Preismoratorium unterliegen werden, den Preis nach Belieben erhöhen, ohne dass der Abschlag nach § 130a Abs. 2 Satz 1 für die Kostenträger eine spürbare kostendämpfende Wirkung entfaltet.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. c - § 130a Abs. 3a SGB V (Preismoratorium)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Preismoratorium, wird um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2030 verlängert und greift künftig, sobald ein beliebiger pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat. Zudem wird ab dem Jahr 2027 ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag ein dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b (neu) eingeführt, dessen Höhe sich nach der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) richtet. Für jedes Kalenderjahr wird ein Ausgaben- „Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert und ein etwaiger

Differenzbetrag zu den tatsächlichen („Ist“-)Ausgaben wird ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen.

Bewertung:

Durch die Verlängerung des Preismoratoriums werden erhebliche Kostensteigerungen durch Anhebung der Arzneimittelpreise verhindert. Die bisherigen Regelungen knüpfen die Anwendbarkeit des erweiterten Preismoratoriums daran, dass derselbe pharmazeutische Unternehmer bereits ein wirkstoffgleiches Arzneimittel mit vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat oder ein Fall des Mitvertriebs vorliegt. Künftig soll allein maßgeblich sein, ob bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform im Verkehr ist. Dadurch werden Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausgeschlossen.

Durch die Verlängerung des Preismoratoriums werden erhebliche Kostensteigerungen durch Anhebung der Arzneimittelpreise verhindert. Durch die Stärkung des erweiterten Preismoratoriums ergeben sich weitere Einsparungen. Die Regelungen sind zu begrüßen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 lit. a - § 130b Abs. 1a SGB V (Preis-Mengen-Vereinbarungen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Gesetzentwurf behält die bisherigen Verhandlungsvorgaben bei, ergänzt sie aber um eine gesetzliche Auffanglösung für den Fall der Nichteinigung.

Bewertung:

Die Wirkungslosigkeit der bisherigen Preis-Mengen-Regelung ist klar dokumentiert: In den letzten drei Jahren wurden lediglich ca. 25 Mio. Euro an Einsparungen erzielt – weit hinter den gesetzgeberischen Prognosen von 50 bis 100 Mio. Euro pro Jahr. Diese Einschätzung wird auch durch den AMNOG-Report 2025 bestätigt, der feststellt, dass Preis-Mengen-Vereinbarungen „nicht oder nur unzureichend wirken“. Der GKV-Spitzenverband kritisiert v.a. die Schiedsstellenpraxis. Problematisch ist allerdings auch, dass für eine effektive Preis-Mengen-Regelung ein zeitnaher Zugang zu stationären Abrechnungsdaten erforderlich wären, da immer mehr hochpreisige Arzneimittel im Krankenhaus eingesetzt werden.

Der Gesetzentwurf prognostiziert für die PKV durch die Regelung Einsparungen in Höhe von 2 Mio. Euro (2028) bis 15 Mio. Euro (2030). Die vorgeschlagene Regelung ist zu begrüßen. Allerdings greift die Regelung nur bei Nichteinigung, die Vertragsparteien können weiterhin frei eine abweichende Regelung vereinbaren. Mithin ist ungewiss, ob die prognostizierten Einsparungen erreicht werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 49 lit. c - § 130b Abs. 3 S. 2-6 SGB V (Abschaffung der Leitplanken)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz 2022 eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen werden abgeschafft.

Bewertung:

Das AMNOG-System beruht auf dem Grundsatz, dass der Erstattungsbetrag eines Arzneimittels den nachgewiesenen therapeutischen Mehrwert widerspiegeln soll. Die „Leitplanken“ konkretisieren dieses Prinzip, indem sie verhindern, dass ein Arzneimittel ohne oder mit nur geringem Zusatznutzen einen Preisaufschlag gegenüber der Vergleichstherapie durchsetzen kann. Sie wurden geschaffen, um einer „Preisspirale nach oben“ entgegenzuwirken. Ihre Streichung würde eine Entkopplung von Preis und therapeutischem Nutzen ermöglichen.

Der Grundsatz „keine Mehrausgaben ohne Zusatznutzen“ wird in der Praxis bereits ausgehöhlt. Die ohnehin nur minimal wirksamen Leitplanken wurden durch die gesetzliche Ausnahme im Medizinforschungsgesetz in ihr Gegenteil verkehrt. Die Regelung gänzlich zu streichen statt die Verhandlungsposition der Kostenträger zu stärken, ist nicht nachvollziehbar.

Laut Gesetzentwurf (S. 88) führt die Abschaffung der „Leitplanken“ zu jährlichen Mehrausgaben für die PKV in Höhe von rund 12 Mio. Euro in 2027, 23 Mio. Euro in 2028, 35 Mio. Euro in 2029 und 47 Mio. Euro in 2030. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber gerade für neue Wirkstoffe, die hauptverantwortlich für Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich sind, weitere kostenauslösende Maßnahmen zulasten der Versicherten- und Solidargemeinschaften ergreifen möchte, mit denen das ohnehin hohe Preisplateau für neue Arzneimittel dauerhaft zementiert würde. Die behauptete Kompensationswirkung etwas durch den dynamischen Herstellerabschlag oder die Preis-Mengen-Regelungen sind nicht gesichert. Zudem gilt die Regelung in § 130e SGB V nicht für Privatversicherte. Folglich werden sich die Kostenbelastungen für privat versicherte und beihilfeberechtigte Patienten angesichts des hohen Anteils an patentgeschützten, neuen Arzneimitteln deutlich nachteiliger auswirken. Die Abschaffung der „Leitplanken“ wird daher kritisch gesehen.

Zu Artikel 1 Nr. 50 - § 130e SGB V (Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung)

Vorgeschlagene Regelungen:

In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in einen Preiswettbewerb ohne staatlichen Einfluss treten. Hierzu wird den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, patentierte Arzneimittel zur bevorzugten Verordnung als Grundlage für den Abschluss von Rabattverträgen zu bestimmen. Ärzte werden verpflichtet, die von den Einzelkassen ausgewählten Arzneimittel bevorzugt zu verordnen. Dabei gelten Ausnahmeregelungen für individuelle Entscheidungen (Quoten), die mit der Ärzteschaft regional verhandelt werden können.

Bewertung:

Es ist nachvollziehbar, dass der bürokratieaufwändige und wenig wirksame Kombinationsabschlag für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen abgeschafft wird. Eine Steuerung über Selektivverträge könnte allerdings ähnliche Folgeprobleme wie bei Rabattverträgen gem. § 130a Abs. 8 SGB V nach sich ziehen. Die Stärkung des Preiswettbewerbs im Arzneimittelbereich sollte über

stringente am konkreten Zusatznutzen ausgerichtete Preisregeln erfolgen, nicht über selektive Vertragsmechanismen.

Zu Artikel 1 Nr. 60 - § 221 Abs. 4 neu (Verschiebung der Darlehensrückzahlung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die gewährten zinslosen Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro abweichende Rückzahlungstermine festgelegt:

- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2035,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2036,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2037,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2038 und
- 1,6 Milliarden Euro bis spätestens 31. Dezember 2039.

Durch die Verschiebung der Rückzahlungsfrist der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen entstehen dem Bund Mindereinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2029 bis 2032 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2033 sowie entsprechende Mehreinnahmen von jeweils 1 Milliarde Euro in den Jahren 2035 bis 2038 und von 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2039.

Bewertung:

Der Vorschlag, die Rückzahlung von zinslosen Darlehen zeitlich zu strecken, stellt über die Zinslosigkeit hinaus einen schleichenden Übergang in eine zusätzliche faktische Steuerfinanzierung der GKV dar. Die aktuelle Finanzsituation der GKV wird entlastet – und in diesem Umfang werden die notwendigen Strukturreformen verzögert. Durch haushaltspolitische Überbrückungsmaßnahme werden Kosten in die Zukunft verlagert.

Aus Sicht des PKV-Verbandes ist diese Maßnahme insbesondere im Hinblick auf den Beitragswettbewerb zwischen GKV und PKV problematisch. Die faktische Subvention durch die spätere Rückzahlung von Darlehen führt - wie alle anderen pauschalen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt – dazu, dass der tatsächliche Finanzbedarf der GKV nicht vollständig im aktuellen Beitragssatz sichtbar wird, dass Beitragssätze künstlich gedämpft werden und dass die GKV gegenüber der PKV einen politisch induzierten Preisvorteil erhält.

Zu Artikel 1 Nr. 61 - § 223 Abs. und 4 SGB V (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Gesetzentwurf sieht eine einmalige außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der GKV um 3.600 Euro jährlich (300 Euro monatlich) für das Jahr 2027 vor. Ziel ist die Generierung zusätzlicher Beitragseinnahmen für den Gesundheitsfonds als ein Baustein des umfassenden Stabilisierungspakets, das die prognostizierte Deckungslücke von bis zu 40 Mrd. Euro im Jahr 2030 schließen soll. Der Abstand zwischen BBG und

Versicherungspflichtgrenze wird dadurch in etwa halbiert. Die Maßnahme wird als „solidarischer Beitrag von Arbeitgebern und Personen mit höheren Einkommen“ zum Reformpaket begründet und soll die Beitragsgerechtigkeit stärken. Zusätzlich zu dem einmaligen Anhebungsschritt wird die BBG weiter nach dem bestehenden regulären Fortschreibungsverfahren dynamisiert, so dass die BBG zum 1.1.2027 nicht nur um 300 Euro monatlich steigen wird.

Den Arbeitgebern und den GKV-Mitgliedern entstünden nur durch die außerordentliche zusätzliche Erhöhung laut Referentenentwurf in den Jahren 2027 bis 2029 jeweils Mehrausgaben von 1,2 Milliarden Euro – also 2,4 Milliarden Euro - jährlich. Im Jahr 2030 dann jeweils 1,3 Milliarden Euro.

Bewertung:

Mit der außerordentlichen Erhöhung der BBG gerät die Reform in Widerspruch zur einnahmeorientierten Ausgabenbegrenzung. Zusätzliche Einnahmen werden generiert. Aus Sicht des PKV-Verbandes ist dieser Ansatz ungeeignet, um die Herausforderungen im Gesundheitssystem nachhaltig zu lösen. Die Finanzkommission hat eine Anhebung der BBG aus guten Gründen ausdrücklich nicht empfohlen.

Laut Institut der deutschen Wirtschaft (IW) trifft die geplante BBG-Anhebung 6,3 Millionen Beschäftigte. Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) quantifizieren die jährliche Mehrbelastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber aktuell auf mindestens 4,5 Milliarden Euro jährlich. Darin sind die Mehrbelastungen durch eine Erhöhung der BBG sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung enthalten.

Die Regelung führt auch zu Steuerausfällen, die sich anhand einer Studie des IW auf mindestens 850 Mio. Euro bei Bund, Ländern und Kommunen beziffern lassen (vgl. S. 26 unter www.iwkoeln.de/studien/martin-beznoska-jochen-pimpertz-maximilian-stockhausen-regionale-belastungseffekte-einer-variation-der-beitragsbemessungsgrenze.html).

Zu Artikel 3 Nr. 6 lit. b, Artikel 5 Nr. 1 lit. a / aa, Artikel 1 Nr. 25 lit. b – § 9 Abs. 1b KHEntgG, § 3 Abs. 3 Satz 5 BPfIV, § 71 Abs. 3 SGB V (Vereinbarung des Veränderungswerts durch die Vertragsparteien auf Bundesebene)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren ab dem Jahr 2027 jährlich den Veränderungswert nach folgender Systematik: Überschreitet der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, wird der Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate vereinbart; unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate, wird der Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts vereinbart. Hierbei gilt, dass die Veränderungsrate ohne die Wirkung der geplanten außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ermittelt und in den Jahren 2027 bis 2029 jeweils um einen Prozentpunkt gemindert wird. Der vereinbarte Veränderungswert ist auch für den Bereich der Bundespflegeverordnung maßgeblich.

Bewertung:

Die mit dieser Regelung verbundene Streichung der sog. Meistbegünstigungsklausel ist zu begrüßen. Durch die Neuregelung ist sichergestellt, dass es zu keiner Überfinanzierung kommt, wenn die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser (Orientierungswert) geringer als die Veränderungsrate sind. Überdurchschnittliche und nicht zu rechtfertigende Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich können so gedämpft werden.

Zu Artikel 3 Nr. 3 lit. b - § 6a Abs. 2a KHEntgG (Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzip beim Pflegebudget)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Anstieg des Pflegebudgets wird grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt, so wie beim Landesbasisfallwert und dem Gesamtbetrag von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Eine Überschreitung des Veränderungswertes ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben dies erfordert. Bei Überschreiten der vereinbarten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich der Mehrkosten, bei Unterschreiten der vereinbarten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten werden die Minderkosten hingegen vollständig ausgeglichen. Pflegeentlastende Maßnahmen können nicht mehr zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die mit der Neuregelung einhergehende Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip in der Krankenhauspflege ist angesichts der Kostenentwicklung und der strukturellen Fehlanreize durch das Pflegebudget dringend geboten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die erfolgte Streichung der zusätzlichen Berücksichtigung sog. pflegeentlastender Maßnahmen, wodurch Doppelfinanzierungen vermieden werden.

Kritisch zu bewerten ist allerdings, dass es Ausnahmen für eine Überschreitung des Veränderungswertes und einen Minderkostenausgleich geben soll. Dies kann weiterhin zu einer Überfinanzierung von Pflegepersonalkosten und zu einer nicht akzeptablen dynamischen Kostenentwicklung im Bereich der Krankenhauspflege führen. Die Sätze 3 und 5 sollten daher entsprechend geändert werden, um Ausnahmen zur Überschreitung des Veränderungswertes und einen Minderkostenausgleich auszuschließen.

Zu Artikel 3 Nr. 3 lit. c, Artikel 3 Nr. 7 lit. c, Art. 5 Nr. 1 lit. b und c BPflV - § 6a Abs. 4 KHEntgG, § 10 Abs. 5 KHEntgG, § 3 Abs. 4 und 5 BPflV (Aufhebung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts beim Pflegepersonal und sonstigen Krankenhauspersonal in der Somatik und im Psych-Bereich soll aufgehoben werden.

Bewertung:

Die Regelung ist zwingend erforderlich, um einen ineffizienten Personalaufbau und -einsatz insbesondere in der Krankenhauspflege zu vermeiden und Doppelfinanzierungen sowie Fehl-anreize beim Abschluss der Tarifverträge zu Lasten der Beitragszahler zu unterbinden.

Zu Art. 3 Nr. 6 lit. a / aa - § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG (Prüfung einer Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten den Auftrag, „kritisch zu überprüfen“ (so die Begründung), ob und inwieweit eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung möglich sind.

Bewertung:

Eine solche bloße Anregung zur Überprüfung der Regelungen zur Fallzusammenführung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene wird nicht ausreichend sein. Dies bleibt hinter dem konkreten Regelungsvorschlag der FinanzKommission Gesundheit zurück, wonach mit erheblicher Finanzwirkung eine pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung unabhängig vom Krankenhausstandort und der MDC-Kategorie der zusammenzuführenden Fälle eingeführt werden sollte. Die Empfehlung der FinanzKommission ist sowohl wirtschaftlich geboten als auch medizinisch vertretbar, weshalb sie gesetzlich umgesetzt werden sollte. Von einer bloßen kritischen Überprüfung durch die Selbstverwaltungspartner, zumal ohne gesetzlich geregelten Schiedsstellenmechanismus, ist keine substantielle Veränderung zu erwarten.

Zu Artikel 5 Nr. 1 lit. a / bb - § 3 Abs. 3 Sätze 8 ff. BPflV (Ausgleich für nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel im PEPP-Bereich)

Vorgeschlagene Regelungen:

Ab dem Jahr 2027 sollen Mittel ausgeglichen und der Gesamtbetrag im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum entsprechend abgesenkt werden, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder vereinbarte Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Dies gilt nicht, wenn die Abweichung nur „vorübergehend“ und „nicht dauerhaft“ ist.

Bewertung:

Die Regelung ist konsequent, andernfalls blieben Verstöße gegen Vereinbarungen sanktionslos. Fragwürdig ist allerdings die Verwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs „vorübergehend“ in Satz 10, womit eine Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der zweckwidrigen Mittelverwendung gerechtfertigt und von Sanktionen abgesehen werden kann. Die Regelung sollte klarer gefasst werden.

Zu Artikel 4 Nr. 2 lit. b, Artikel 3 Nr. 6 lit. a / dd, Artikel 3 Nr. 5 - § 17b Abs. 2a KHG, § 9 Abs. 1 Nr. 11 KHEntgG, § 8 Abs. 5a KHEntgG (Kurzzeitfallpauschalen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Um weiteres Potential für Verweildauerverkürzungen und für eine Ambulantisierung zu heben, sollen neben der in § 115f SGB V geregelten Hybrid-DRG-Vergütung Kurzzeitfallpauschalen für Leistungen mit kurzer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus eingeführt werden. Mit den Kurzzeitfallpauschalen sollen Fälle erfasst werden, die sich mit der Hybrid-DRG nicht adäquat abbilden lassen. Begründet wird das damit, dass Hybrid-DRG-Fälle im stationären Bereich höhere Kosten verursachen können als im ambulanten Sektor. Einzige klare Vorgabe im Gesetzentwurf ist, dass Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im AOP-Katalog aufgeführt ist. Die weiteren Vorgaben sollen verhindern, dass mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen stationären Fallzahlausweitungen erfolgen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen auf Basis eines InEK-Konzeptes die Grundlagen und Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen vereinbaren und mit Prüfungen darauf hinwirken, dass keine Ausweitung der Fallmengen in diesem Bereich entsteht sowie die Vergütungshöhe gegebenenfalls anpassen.

Bewertung:

Bislang einziger definierter Ausschlussgrund für die Erbringung einer Kurzeitpauschale ist die Listung des Eingriffs nach § 115b SGB V. Im Übrigen entsteht ein eigener und neuer Abrechnungsbereich im Krankenhaussektor. Die Trennung zum Fallspektrum des § 115f SGB V und zu sonstigen DRG-Fallpauschalen ist unklar. Durch die Anrechnung von Fällen der Kurzeitpauschalen auf die Anzahl der Fallzahl für die Mindestfallzahl nach § 115f ist eine Reduzierung der Fallzahl von 1 Mio. Fälle möglich, die in 2026 und 2027 in diesem Abrechnungsbereich erbracht werden soll. Letztlich wird mit dem gesamten Konstrukt die Ambulantisierung von Eingriffen unterlaufen. Die im Gesetz vorgesehenen Prüfaufträge zur Überführung von Eingriffen in den Katalog nach § 115b SGB V bzw. zu Absenkungen der Vergütung für Kurzzeitpauschalen kommen spät und können das Unterlaufen des Ambulantisierungsprozesses nicht verhindern. Die Konstruktion der Kurzzeitfallpauschalen wird absehbar zu komplizierten Abgrenzungsdiskussionen für Fallzuordnungen führen und die Abrechnungslage komplexer gestalten. Auch die Frage der Eingliederung der Kurzzeitfallpauschalen in eine Vorhaltevergütung ist nicht geregelt. In der Gesamtbetrachtung handelt es sich um eine Neukonstruktion, die viele Fragen aufwirft und deren voreilige Einführung gestrichen werden sollte. Denkbar ist ein Prüfauftrag an die Vertragsparteien und das InEK zu der Frage, ob und wie eine solche Regelung für welche Fälle in das Abrechnungssystem integriert werden könnte.