

## **Gemeinsame Sprachregelung zu kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenversicherung

### **I. Ausgangslage**

Die gesetzliche Krankenversicherung verzeichnet trotz Beitragssatzerhöhungen auf durchschnittlich knapp 14 Prozent aktuell ein Halbjahresdefizit von 2,5 Mrd. €. Bereits im Jahr 2001 verlief die Finanzentwicklung mit minus 2,8 Mrd. € stark defizitär. Hauptursache sind die tendenziell sinkende Einnahmebasis und eine Kostenexplosion in der Arzneimittelversorgung. Die Entwicklung auf der Einnahmeseite ist unter anderem bedingt durch die finanzwirksame Umsetzung verschiedener Urteile des Bundesverfassungsgerichts (zur Beitragszahlung der Rentner vom 15.03.2000; zur Beitragspflicht von Einmalzahlungen vom 24.05.2000). Zudem führt die Rentenreform aus dem Jahr 2001 sowie die Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose zu finanziellen Belastungen in beträchtlicher Höhe.

Die Ausgaben in der Arzneimittelversorgung steigen seit Jahren unaufhaltsam. Allein im Jahr 2001 betrug der Anstieg 9,7 Prozent. Ausgehend von diesem hohen Niveau sind im ersten Halbjahr 2002 die Arzneimittelkosten nochmals um 3,9% gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Ohne die Einmalzahlung der Pharmaindustrie läge der Anstieg noch höher. Es ist davon auszugehen, dass die Arzneimittelausgaben im Gesamtjahr 2002 um ca. 6% (unter Einbeziehung der gesetzlichen Zuzahlungen) steigen werden.

### **II. Zielsetzung**

Vor dem Hintergrund der kritischen Finanzsituation der GKV sind daher dringend Korrekturmaßnahmen erforderlich, die kurzfristig wirken und Beitragssatzerhöhungen in Grenzen halten oder vermeiden. Ein entsprechendes „Vorschaltgesetz“ muss daher unmittelbar nach Bildung der neuen Bundesregierung parlamentarisch beraten und möglichst zum 01.01.2003 rechtskräftig werden. Im wesentlichen müssen die Einsparungen aus dem Arzneimittelbereich finanziert werden. Hier sind dringend Korrekturmaßnahmen erforderlich, die sachlich mehr als gerechtfertigt und zudem wegen der rasanten Ausgabenentwicklung gut begründbar sind. Das Ziel, Beitragssatzerhöhungen in Grenzen zu halten oder zu vermeiden, sollte durch weitere Maßnahmen flankiert werden.

Die im folgenden aufgeführten Vorschläge sind unter dem Aspekt der kurzfristigen Umsetzbarkeit ausgewählt. Darüber hinaus verweisen die Spitzenverbände der Krankenkassen auf die im Juli 2002 vorgelegten gemeinsamen Forderungen zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Die ausgewiesenen Schätzbeträge sind nicht kumulativ in Ansatz zu bringen und dürfen in ihrer Gesamtwirkung nicht überschätzt werden. Aus diesem Grunde wurde auf die Aufnahme einer Gesamtsumme verzichtet.

### **III. Maßnahmen**

#### **1. Arzneimittelversorgung**

Die Darstellungen in diesem Kapitel basieren auf der gemeinsamen Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen (Schreiben vom 27. September 2002). Während letztgenanntes Papier auch mittelfristige Perspektiven einschließt, sollen an dieser Stelle überwiegend kurzfristig greifende Maßnahmen angesprochen werden. Insbesondere die unter 1.1 bis 1.3 genannten Vorschläge zielen auf einen kurzfristigen Effekt, machen aber vernünftige mittelfristige Reformen nicht überflüssig. Dabei wird versucht, die gesamte Wertschöpfungskette (Hersteller, Großhandel, Apotheken) gleichermaßen nach Sparpotentialen zu durchleuchten.

##### **1.1 Preisstopp für Nicht-Festbetragsarzneimittel**

Preisstopp und Senkung der Preise um 10% bei Arzneimitteln für die Jahre 2003 und 2004, die nicht der Festbetragsregelung unterliegen. Es ist mit einer jährlichen Einsparung von ca. 800 Mio. € zu rechnen.

##### **1.2 Absenkung der Großhandelsspanne**

Die Spitzenverbände sehen hier einen dringenden kurzfristigen Handlungsbedarf. Inhaltlich wird auf die gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 27.09.2002 verwiesen.

##### **1.3 Kappung von Zuschlägen/Fixzuschläge**

Über die Arzneimittelpreisverordnung werden Zuschläge für Arzneimittel im oberen Preissegment gekappt. Damit wird der zunehmende Anteil hochpreisiger patentgeschützter Arzneimittel am gesamten Arzneimittelmarkt angepasst. Mögliches Einsparvolumen 300 bis 500 Mio. €.

Alternativ besteht auch die Möglichkeit der Einführung von Fixzuschlägen je abgegebenen Arzneimittelpackung. Die Ausgestaltung ist je nach erwünschtem Einsparvolumen variabel.

##### **1.4.1 Festsetzung von Festbeträgen durch die Selbstverwaltung**

Bezüglich der Rechtsgrundlagen zur Festsetzung von Festbeträgen sollte umgehend Rechtsklarheit hergestellt werden. Die Festbetragsfestsetzung durch die Selbstverwaltung hat sich als sinnvoll und steuernd erwiesen.

##### **1.4.2 Wiedereinführung der Festbetragsregelung für patentgeschützte Arzneimittel**

Die Festbetragsregelung für patentgeschützte Arzneimittel nach dem Rechtstand des GSG wird wieder eingeführt. D.h., für patentgeschützte Arzneimittel werden nur solange keine Festbeträge gebildet, solange sie wirklich innovativ sind. Soweit Nachahmerprodukte auf den Markt kommen, greifen Festbetragsregelungen. Einsparvolumen bereits im ersten Jahr ca. 200 bis 400 Mio. €, bei perspektivisch ca. 1 Mrd. € pro Jahr.

##### **1.5 Mengensteuerung**

Für eine effiziente Mengensteuerung sind Budgetvorgaben auf Dauer unverzichtbar. Ausgehend von den auf Bundesebene für das Jahr 2002 den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegebenen Ausgabenrahmen sind noch im laufenden Jahr Ausgabenober-

grenzen für das Jahr 2003 gesetzlich zu bestimmen und mit einer uneingeschränkten Honorarhaftung zu verbinden.

Eine weitere Möglichkeit ist entsprechend der Vertragsituation in Nordrhein und Berlin, flächendeckend kombinierte Budgets einzuführen, die die vertragsärztlichen Honorare mit der Ausgabenobergrenze für Arznei- und Heilmittel verknüpfen. Hierfür müssen verbindliche gesetzliche Vorgaben geschaffen werden.

### **1.6 Versandhandel / E-Commerce**

Die Lockerung des Versandhandelsverbotes führt relativ kurzfristig zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven beim Vertrieb von Arzneimitteln. Insbesondere für die Versorgung von chronisch kranken Patienten, z.B. in Disease-Management-Programmen, ist unter Kontrolle eines Arztes ein wirtschaftlicher, qualitätsgesicherter und patientengerechter Bezugsweg zu installieren. Das Einsparvolumen kann bereits in einer Anfangsphase bis zu 400 Mio. € betragen.

### **1.7 Positivliste**

Die Rechtsverordnung zur Positivliste für Arzneimittel, mit deren Hilfe die Qualität der Arzneimittelversorgung verbessert werden soll, ist unverzüglich in Kraft zu setzen. Diese Liste setzt ein Zeichen für eine rationalere und rationellere Arzneimittelpolitik.

### **1.8 Arzneimittelrichtlinien**

Die bereits 1999 beschlossene Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien sollte mit der rechtlichen Absicherung der Aufgabenstellung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unverzüglich in Kraft gesetzt werden. Mit dem Inkraftsetzen der Arzneimittel-Richtlinien werden präzisere, an bestimmte medizinische Bedingungen geknüpfte Verordnungsvorgaben für die Vertragsärzte geschaffen.

### **1.9 Absenkung des Mehrwertsteuersatzes**

Im Gegensatz zu anderen EU-Ländern hat die GKV in Deutschland den vollen Mehrwertsteuersatz zu finanzieren; die Absenkung der Mehrwertsteuer auf den reduzierten Steuersatz von 7% brächte der GKV eine Entlastung von ca. 1,6 Mrd. €. Die Absenkung muss zwingend mit einem Preismoratorium verbunden werden, da ansonsten die Kompensation durch Preiserhöhungen zu erwarten ist.

### **1.10 Direkter Vertrieb von Impfstoffen**

Impfstoffe für öffentlich empfohlene Schutzimpfungen werden in der Regel nicht an Patienten abgegeben, sondern an Ärzte, die auch Impfberatung durchführen. Bis 1994 unterlagen Impfstoffe nicht der Apothekenpflicht und konnten deshalb durch Großhändler direkt an Ärzte weitergegeben werden. Erst die Einführung der Apothekenpflicht führte zu einer Verteuerung der Impfstoffe um die Handlesspanne der Apotheken. Durch die Abschaffung der Apothekenpflicht wäre es den Ärzten/Krankenkassen wieder möglich, die Impfstoffe zu Großhandelspreisen zu beziehen. Bei einem derzeitigen durchschnittlich geschätzten Apothekenaufschlag von ca. 15% kann von einem Einsparpotential in Höhe von rd. 75 Mio. € ausgegangen werden.

## 2. Hilfsmittelbereich

### 2.1 Flexibilisierung der Hilfsmittelversorgung

Die rechtlichen Rahmenbedingungen beschränken die Krankenkassen bei der Hilfsmittelversorgung weitgehend auf die Rolle als Kostenträger. In einem stark ausdifferenzierten Markt mit weitgehend kartellierten Strukturen müssen Anreize zu einem aktiven Nachfragemanagement gesetzt werden. Den Krankenkassen wird deshalb das Recht eingeräumt, bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln unter den zugelassenen Leistungserbringern auszuwählen und Aufträge an preisgünstige Leistungserbringer zu vergeben.

### 2.2 Klarstellung des Hilfsmittelbegriffs

Es ist eine klare gesetzliche Definition zur Abgrenzung des Hilfsmittelbegriffs in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens erforderlich.

## 3. Krankenversicherungsfremde Leistungen

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert eine Reihe von Leistungen, die gesamtgesellschaftliche Aufgaben und von daher aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Eine Herausnahme der nachfolgend genannten versicherungsfremden Leistungen aus dem Leistungsrahmen der GKV und Finanzierung durch Steuergelder würde die GKV um ca. 2 Mrd. € entlasten. Auch aus Gerechtigkeitsgründen ist es geboten, dass diese finanziellen Lasten nicht nur Arbeitgebern und Versicherten in der GKV aufgebürdet werden. Zu den krankenversicherungsfremden Leistungen, die aus der Verantwortung der Krankenkassen in die staatlich finanzierte Versorgung verlagert werden sollten, gehören u.a.:

- Die Versorgung der Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr mit empfängnisverhütenden Mitteln (§ 24a SGB V).
- Die Leistungen bei einer nicht-rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht-rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft soweit nicht medizinisch begründet (§ 24b SGB V).
- Mutterschaftsgeld (§ 200 RVO) und Entbindungsgeld (§ 200b RVO)
- Sterbegeld (§ 58 SGB V)
- Krankengeld bei Erkrankungen des Kindes (§ 45 SGB V)

Neben der leistungsrechtlichen Seite muss darüber hinaus auch die beitragsrechtliche Seite im Hinblick auf familien- und gesellschaftspolitische „Leistungen“ betrachtet werden. Danach wäre auch die Beitragsfreiheit während des Bezugs von Erziehungsgeld sowie der reduzierte Beitragssatz für pflichtversicherte Studenten künftig aus Steuermitteln auszugleichen.

Der Tatbestand, dass beschäftigte Studenten in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung versicherungsfrei sind und damit keine Beiträge zahlen müssen, wenn die Beschäftigung nicht mehr als 20 Stunden in der Woche ausgeübt wird, führt zu erheblichen Beitragseinbußen und sollte beseitigt werden. In der Rentenversicherung ist dieses Privileg bereits vor einiger Zeit weggefallen. Insofern wäre dessen Abschaffung auch in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung nicht nur finanziell vorteilhaft für die Träger; es würde auch eine wünschenswerte Vereinheitlichung des derzeit zwischen den Sozialversicherungszweigen unterschiedlichen Rechts bedeuten.

#### **4. Stärkung der Finanzgrundlagen**

Die prekäre Finanzsituation der GKV wird insbesondere durch gesetzlich induzierte Belastungen verursacht. Dazu zählen u.a. die Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose. In einem ersten Schritt könnte die Absenkung der Bemessungsgrundlage für Arbeitslose rückgängig gemacht und auf ihren ursprünglichen Wert von 80% zurückgeführt werden. Die Rücknahme der Beitragsminderung für die GKV hat ein Finanzvolumen von rund 3 Mrd. €.

#### **5. Keine neue Erosion der Finanzgrundlagen**

Im Rahmen der Umsetzung von sozialpolitischen Reformen darf es zu keinen neuen Erosionen der Finanzgrundlagen der GKV kommen. Beispielhaft sind hier mögliche Einnahmeausfälle mit Ausgabenerhöhungen bei

- der Ausweitung der Geringfügigkeitsgrenze oder
- der Reform von Sozial- und Arbeitslosenhilfe genannt.

#### **6. Beitragssicherung**

##### **6.1 Durchsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität**

Für die Entwicklung der Ausgaben im Jahr 2003 gilt die nach § 71 Abs. 3 SGB V festgestellte Veränderungsrate ohne Ausnahme, d.h. auch bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, sowie bei Mutter-Vater-Kind-Leistungen. Ziel ist der zwingend zu beachtende Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Auch Schiedsamsregelungen müssen diesen Vorrang ohne Ausnahme berücksichtigen.

##### **6.2 Harmonisierung von Zahlungsfristen**

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung fälliger Zahlungen wurden die Regelungen zum Verzug im BGB neu gefasst. Danach kommt der Schuldner einer Geldforderung 30 Tage nach Fälligkeit im Zuge einer Rechnung bzw. Zahlungsaufforderung in Verzug. Diese Regelung für privatrechtliche Rechtsverhältnisse soll auch auf die Beziehung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgedehnt werden. Danach bringen Ansprüche der Leistungserbringer 30 Tage nach Fälligkeit und Zahlungsaufforderung die Krankenkassen mit der entsprechenden Kostenfolge in Verzug. Dies sichert Liquidität in einer schwierigen Finanzlage der GKV.

##### **6.3 Verlängerung der Entschuldungsfrist für Krankenkassen in den neuen Bundesländern**

Nur der AOK-BV legt Wert darauf, dass folgender Punkt mit aufgenommen wird:

„Die Frist zur Entschuldung der Krankenkassen in den neuen Bundesländern nach dem GKV-Finanzstärkungsgesetz (§ 222 Abs. 4 SGB V) wird verlängert, um überproportionale Beitragssatzerhöhungen in den neuen Bundesländern zu verhindern.“