

Vorschläge für ergänzende Sparmaßnahmen im Nachgang zum BStabG

1. Aussetzen der Blankoverordnung für Heilmittel

Mit dem TSVG wurde die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V („sog. Blankoverordnung“) eingeführt, in der Heilmittelerbringer eine erweiterte Verantwortung für die konkrete Ausgestaltung der Therapie tragen. Die ärztliche Verordnung bleibt zwar weiterhin Grundlage der Leistungserbringung; innerhalb des durch die HeilM-RL vorgegebenen Rahmens entscheiden die Therapierenden jedoch eigenständig über die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen, die Frequenz der Behandlungen, die Dauer der einzelnen Einheiten sowie die Gesamtdauer der Therapie. Bislang vorliegende Abrechnungsdaten geben keinen Hinweis auf einen Vorteil der auf einer Blankoverordnung basierenden Therapie gegenüber Verordnungen nach § 125 SGB V. Mit dem BStabG wurde daher die zusätzliche Versorgungspauschale für Blankoverordnungen gestrichen. Auf die durch die Blankoverordnung induzierte Mengenausweitung hat dies jedoch keinen begrenzenden Einfluss. Bis zum Vorliegen eines wissenschaftlichen Evaluationsberichts über das Verfahren sollte die Blankoverordnung daher grundsätzlich ausgesetzt werden.

Mögliches Einsparvolumen: ca. 150 Mio. Euro p.a.

2. Begrenzung der Hochschulambulanzen auf ihre Kernkompetenzen

Seit Einführung der gesetzlichen Ermächtigung im Jahr 2015 sind die GKV-Ausgaben für Hochschulambulanzen von rund 536 Millionen Euro auf rund 1,57 Milliarden Euro gestiegen. Gleichzeitig werden zunehmend Leistungen erbracht, die grundsätzlich auch im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden können. Dies führt zu Verlagerungseffekten, Doppelstrukturen und steigenden Ausgaben, ohne dass eine systematische Bedarfsprüfung erfolgt. Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sollten auf ihre originären Kernkompetenzen (Unterstützung von Forschung und Lehre sowie die Behandlung komplexer, seltener oder schwerer Erkrankungen) konzentriert werden. Hierfür sollten bedarfsgerechte Ermächtigungen durch den Zulassungsausschuss, Fallzahlobergrenzen und -steuerungen sowie Budgetmechanismen eingeführt werden. Außerdem sollte die Gründung privater Hochschulambulanzen begrenzt werden.

Mögliches Einsparvolumen: über 100 Mio. Euro p.a.

3. Vergabeverfahren der Krankenkassen für die Beschaffung von ambulant im Krankenhaus verabreichten Arzneimitteln:

Rabattverträge leisten einen entscheidenden Beitrag zur Stabilisierung des Ausgabenniveaus und der Versorgungssicherheit. Einschränkungen dieses Instruments haben sich mit Blick auf die Versorgungssicherheit nicht bewährt und müssen wieder abgeschafft werden. Konkret sollten Rabattverträge auch für die Versorgung über Krankenhausapotheken in der ambulanten Versorgung nach § 129a SGB V ermöglicht werden. Die jetzige Konzeption, in der Krankenkassen von Preisnachlässen der pharmazeutischen Unternehmer an Krankenhäuser profitieren sollen, hat sich in der Praxis nicht bewährt. Die Verantwortung für die Beschaffung der eingesetzten Arzneimittel sollte in einem transparenten Ausschreibungsverfahren durch die Kostenträger organisiert werden.

Mögliches Einsparvolumen: abhängig von der Ausgestaltung

(Umsätze der Krankenhausapotheken nach § 129a SGB V: ca. 6,5 Mrd. Euro p.a.)

4. Streichung der Botendienstvergütung in Apotheken

Seit 2020 können die öffentlichen Apotheken eine pauschale Gebühr für den sogenannten Botendienst gegenüber der GKV abrechnen. Der Gesetzgeber hat diese Leistung seinerzeit nicht auf notwendige Fälle beschränkt, so dass die Leistung nicht speziell für z. B. ältere oder bettlägerige Versicherte erbracht wird und damit am Versorgungsbedarf vorbeigeht. Versandapotheken erbringen die Leistung ohne weitere eigene Kosten zu lasten der Versichertengemeinschaft. Die Vergütung dieser Serviceleistung, die in der Vergangenheit von Apotheken als Kundenbindungsinstrument genutzt wurde, sollte gestrichen werden.

Mögliches Einsparvolumen: 80 Mio. Euro p.a.