

Berlin, den 12.06.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0252(0)
vom 17.06.03

15. Wahlperiode**

**Kernaussagen der Techniker Krankenkasse (TK)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung
des Gesundheitssystems (GMG)
in der Fassung vom 2.06.2003**

1. Gesundheitsreform mit Licht und Schatten
2. Mehr Konsequenz beim Abbau der Vertragsmonopole
3. Hausarztmodell als fakultatives Angebot ermöglichen
4. Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen konsequent angehen
5. Anreizsysteme stärken statt Eigenbeteiligungen erhöhen
6. Patientenmündigkeit erhöhen – Datentransparenz durchsetzen
7. Realistische Finanzmaßstäbe an Reformen anlegen
8. Seriöse Haushaltsplanung der Kassen ermöglichen

1. Gesundheitsreform mit Licht und Schatten

Der Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG) enthält

- einige Strukturelemente, die eine Modernisierung des Gesundheitswesens bewirken können,
- einige neue Finanzierungselemente, die in der jetzigen Situation notwendig sind, aber vor allem die Patienten treffen,
- ein sehr optimistisches Finanztableau (die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) prognostizierten Einspareffekte sind aller Voraussicht nach nicht zu realisieren),
- einige Regelungen, die verbesserungsbedürftig sind, weil sie auf halbem Wege stehen bleiben oder aber erheblich in die Belange von Einzelkassen eingreifen.

Insgesamt wird eine Vielzahl positiver Ansätze verfolgt, die helfen werden, einen Teil der strukturellen Defizite abzubauen

1. Durch die Einführung von Fortbildungsverpflichtungen der Leistungserbringer werden erkannte Qualitätsdefizite der Versorgung abgebaut.
2. Durch die Einführung von Vertragsabschlussmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen mit Leistungserbringern in der ambulanten fachärztlichen Versorgung werden Grundlagen für einen Qualitätswettbewerb gelegt.
3. Durch die Entschlackung der Regelungen zur Integrationsversorgung und die Erweiterung um weitere mögliche Vertragspartner sowie die Möglichkeit, die Versorgung 'aus einer Hand' anbieten zu können, werden bessere Grundlagen für eine patientenorientierte Versorgung geschaffen.
4. Die Öffnung der Krankenhäuser für die hochspezialisierte ambulante Versorgung führt zu einer Steigerung der Behandlungsqualität und zur wirtschaftlicheren Auslastung der vorhandenen Strukturen.

5. Verhandlungsmöglichkeiten der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern und Apotheken werden für die Versicherten und Arbeitgeber Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen.
6. Qualitätsgesicherte Vertriebsformen im Arzneimittelbereich (Versandhandel und Aufhebung des Mehrbesitzverbots) orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten.
7. Es werden Grundlagen für mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen geschaffen.
8. Verbindliche Vorgaben zum Einsatz zeitgemäßer elektronischer Technologien schaffen die erforderliche technologische Basis dafür, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern (Einführung einer intelligenten Krankenversichertenkarte)
9. Durch den Abbau organisationsrechtlicher Wettbewerbsverzerrungen zwischen einzelnen Krankenkassenarten werden bestehende Verwerfungen im Organisationsrecht beseitigt.
10. Es werden für einen späteren Zeitpunkt Grundlagen gelegt, tradierte Kassenzuordnungen, die bislang mehr Effizienz in der Organisation von Krankenkassen behindert haben, abzubauen (kassenartenübergreifende Fusionen).
11. Die Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland werden erleichtert und Vertragsabschlüsse mit im EU-Ausland tätigen Gesundheitseinrichtungen ermöglicht.
12. Es werden Grundlagen gelegt, ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten zu stärken. Gemeinsame Ansätze und Strategien zur Förderung der Prävention werden entwickelt, um so das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung noch tiefer zu verankern.

Trotz dieser begrüßenswerten Ansätze sind weitergehende strukturelle Reformen erforderlich.

2. Mehr Konsequenz beim Abbau der Vertragsmonopole

Das in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers klar formulierte Hemmnis für einen Qualitäts- und Preiswettbewerb – das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen – wird im Gesetzentwurf nicht vollständig, sondern lediglich für den Teil der fachärztlichen Versorgung gelockert.

Der vorgesehene Erhalt des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen für die hausärztliche Versorgung, das durch zusätzliche Anreize weiter ausgebaut wird, konserviert wesentliche Teile der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in einem qualitäts- und preiswettbewerbsfreien Raum.

Die TK spricht sich dafür aus, für alle niedergelassenen Ärzte gleiche Bedingungen zu schaffen. Es sollte ermöglicht werden, dass für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung alternativ zu den Kollektivverträgen Verträge zwischen den einzelnen Krankenkassen und Ärzten oder von ihnen gebildeten Vertragsgemeinschaften geschlossen werden können.

Zusätzlich sollten kassenindividuelle Verträge auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (Honorarverträge) für diejenigen Bereiche ermöglicht werden, die weiterhin dem Vertragsabschlussmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen vorbehalten bleiben. Nur so wird es gelingen, einen Leistungswettbewerb zu ermöglichen, von dem die Versicherten über eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit profitieren.

Auch für die zahnärztliche Versorgung sollten diese Möglichkeiten geschaffen werden.

Die im Entwurf enthaltenen Regelungen, mit denen einzelnen Krankenkassen direkte Vertragsmöglichkeiten, zum Beispiel bei der Arzneimittel-, der Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie bei Vertragsabschlüssen zur fachärztlichen Versorgung, eröffnet werden, werden ausdrücklich begrüßt. Die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes für Apotheken und die Erweiterung der Vertriebsformen für Arzneimittel über einen qualitätsgesicherten Versandhandel sind notwendige und richtige Schritte zu mehr Flexibilität.

3. Hausarztmodell als fakultatives Angebot ermöglichen

Dass Krankenkassen ihren Versicherten besondere Versorgungsformen anbieten können, begrüßt die TK. Alle Krankenkassen zu verpflichten, ein Hausarztmodell obligatorisch anzubieten und durch massive Verhaltensanreize die Wahl der Versicherten für ein Hausarztmodell zu forcieren, ist aus vielen Gründen nicht sinnvoll. So werden für die Versicherten Anreize für die Einschreibung in ein Hausarztmodell gesetzt, denen sich ein Großteil der Versicherten allein aus ökonomischen Gründen nicht entziehen kann.

Die vorgesehene Kopplung des Hausarztmodells wird in Kombination mit den Anreizsystemen dazu führen, dass keine Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden können. Das Gegenteil kann eintreten: Die Zahl der Arztkontakte würde sich durch den ökonomischen Druck für viele Versicherte, erst den Hausarzt aufsuchen zu müssen, erhöhen. Die steuernde Wirkung, die gemeinhin mit einer Praxisgebühr verbunden ist - die Vermeidung von medizinisch nicht nötigen Arztbesuchen - würde damit konterkariert.

Es ist damit zu rechnen, dass durch die hier vorgesehenen Mechanismen die Ausfallzeiten in den Unternehmen für Arztbesuche steigen werden, da zukünftig oft zwei Ärzte aufgesucht werden. Zudem ist die Vielzahl der Ausnahmeregelungen verwaltungsseitig nur schwer umsetzbar und führt zu erheblicher Intransparenz und kosten-trächtiger Kontrolle.

Zudem ist unsicher, ob der für eine herausgehobene Koordinierungsfunktion erforderliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand der Hausärzte ausreicht, um die zukünftige Wirtschaftlichkeit und Qualität flächendeckend zu gewährleisten.

Aufgrund der Komplexität der mit der Einführung eines Hausarztmodells zu lösenden qualitativen Fragestellungen plädiert die TK dafür, von der obligatorischen Verpflichtung zum Angebot eines Hausarztmodells Abstand zu nehmen. Stattdessen sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden, den Versicherten optional Hausarztmodelle anbieten zu können, in denen es möglich ist, differenzierte Anreize zur Teilnahme zu setzen. Die steuernden Effekte, die mit einer Änderung der Zuzahlungsregelungen und einer Praxisgebühr einhergehen, sollten zudem für alle Versicherten angeglichen werden.

4. Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen konsequent angehen

Eine Reform des Organisationsrechts der Krankenkassen steht in einem inhaltlichen Zusammenhang mit der Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen organisationsrechtlichen Maßnahmen sind zwingend notwendig, um die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen abzubauen.

Die TK plädiert dafür, über die bereits vorgesehenen Maßnahmen hinaus auch die Möglichkeiten für Kassenneugründungen für alle Krankenkassen anzugleichen. Deshalb sollten keine weiteren Kassenneugründungen zugelassen werden.

Um den Wettbewerb zu intensivieren und Effizienzpotenziale zu erschließen, erscheint eine weitere Reduktion der Zahl der Kassen sinnvoll. Eines der Mittel zur Intensivierung dieser Entwicklung und zum Aufbrechen verkrusteter Strukturen sind kassenartenübergreifende Fusionen. Die TK unterstützt deshalb nachdrücklich, dass der Gesetzentwurf diese Möglichkeiten eröffnet. Allerdings ist nicht ersichtlich, weshalb erst für das Jahr 2007 die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen geschaffen werden soll. Damit würde man in Kauf nehmen, Wirtschaftlichkeitsreserven – die auch aus einem wirksameren Vertragswettbewerb resultieren – später als es möglich wäre, zu realisieren. Die TK plädiert deshalb dafür, kassenartenübergreifende Fusionen– parallel zur Flexibilisierung des Vertragsrechts - ab 2005 zu ermöglichen.

Die vorgesehenen Neuregelungen, mit denen auch die Ersatzkassenverbände die Möglichkeit erhalten, bereits vor Eintritt eines Haftungsfalls einen Haftungsfonds aus Mitteln ihrer Verbandsmitglieder aufzubauen, dessen Mittel die finanziellen Risiken der einzelnen Krankenkassen abfedern würden, sind grundsätzlich zu begrüßen. Damit keine Krankenkasse einer einseitig zu ihren Lasten gestalteten Fondsverpflichtung ausgesetzt werden kann, muss jedoch ein Einstimmigkeitserfordernis zur Satzungsänderung im Gesetz verankert werden.

5. Anreizsysteme stärken statt Eigenbeteiligungen erhöhen

Um ein gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten der Versicherten zu fördern, ist es sinnvoller, Anreize zu schaffen als Zuzahlungen oder Praxisgebühren einzufordern, die von den Patienten als Sanktionsmechanismen verstanden werden.

Die im Gesetzentwurf enthaltene Gewährung von Zuzahlungsbefreiungen stellt dabei nur ein denkbares Element von Anreizsystemen dar. Aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten unterschiedlicher Versorgungsmodelle können auch unterschiedliche Anreizsysteme wirksam werden. Die konkrete Ausgestaltung des Bonus' sollte daher nicht – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – für alle Vertragskonstruktionen und Krankenkassen identisch vorgegeben werden. Stattdessen müssen die Krankenkassen die Möglichkeit bekommen, kassenindividuelle Anreizsysteme wie z.B. Beitragsrabatte oder höhere Leistungszuschüsse anzubieten.

Im Gesetzentwurf sind Boni auf die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens beschränkt. Diese Regelung sollte erweitert werden, um auch die Inanspruchnahme kostengünstigerer Leistungen (z.B. Arzneimittelversand, Auswahl von Reha-Einrichtungen, preisgünstige Versorgung mit Zahnersatz) zu fördern.

6. Patientenmündigkeit erhöhen – Datentransparenz durchsetzen

Die Informationslage über das Geschehen im Versorgungssystem ist trotz des elektronischen Datenträgeraustauschs zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und angesichts der heute vorhandenen Möglichkeiten der Datenverarbeitung anachronistisch.

Einzelne Institutionen verfügen über Wissensmonopole, in denen Informationen ungenutzt brach liegen, die für Versicherte und Patienten nutzbar gemacht werden könnten. So wird z.B. das Wissen der Kassenärztlichen Vereinigungen, welche Leistungen von welchem Arzt wie häufig erbracht werden, nicht für Transparenz und eine Verbesserung der Versorgung genutzt. Für andere Leistungsbereiche wie z.B. die Krankenhausversorgung trifft dies genauso zu.

Tatsache ist, dass Informationen über Leistungsstrukturen und das Leistungsgeschehen atomisiert bei fast 400 Krankenkassen vorliegen. Mit Ausnahme der ambulanten ärztlichen Behandlung weiß jede Krankenkasse, welcher Leistungserbringer für ihre Versicherten welche Leistungen erbracht hat. Ein Gesamtüberblick fehlt jedoch. Daher kann heute keinem Versicherten, der sich z.B. einem planbarem Eingriff unterziehen muss, eine unabhängige Information darüber gegeben werden, welche Einrichtung diesen Eingriff wie häufig durchgeführt hat und damit über entsprechende Erfahrungen verfügt. Solche strukturierten Informationen sind jedoch unerlässlich – sowohl um den Informationsbedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen als auch um einen Qualitätswettbewerb zu etablieren und zu fördern.

Im Gesetzentwurf sind Regelungen zur Datentransparenz vorgesehen, die dieses Defizit abbauen sollen. Die vorgesehenen Maßnahmen sind trotz des damit verbundenen Aufwands für den Aufbau einer Infrastruktur sinnvoll, wenn daraus tatsächlich bessere Informationen gewonnen werden können, von denen nicht nur Institutionen sondern auch die Versicherten profitieren. Dies ist bei den im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen jedoch nicht der Fall. Die TK plädiert dafür, auf die im Entwurf vorgesehenen Pseudonymisierungen der Leistungserbringerdaten zu verzichten und es damit möglich zu machen, dass die Versicherten mehr Transparenz erhalten und Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb geschaffen werden.

7. Realistische Finanzmaßstäbe an Reformen anlegen

Ein Teil des mit dem Gesetzentwurf angestrebten Einsparvolumens basiert auf der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Die Verfügbarkeit von Steuermitteln ist angesichts der aktuellen Haushaltslage selbst bei einer Anhebung der Tabaksteuer fraglich.

Das tatsächliche Einsparvolumen wird zudem durch Verhaltensänderungen der Ärzte und Patienten beeinflusst. So führt die Leistungsbegrenzung bei rezeptfreien Medikamenten möglicherweise dazu, dass anstelle von preiswerten OTC-Arzneimitteln mehr verschreibungspflichtige und damit auch teurere Medikamente verordnet werden. Zudem ist zu erwarten, dass die Mehreinnahmen durch die Neuordnung der Zahlung wegen der zahlreichen Ausnahmeregelungen und Ermäßigungen deutlich niedriger als prognostiziert ausfallen.

Darüber hinaus rechnet das BMGS bereits für das Jahr 2004 mit Einsparungen aus "Struktur- und Steuerungseffekten". Diese Maßnahmen werden aber im günstigsten Fall nur mittel- bis langfristig zu Entlastungen führen und sind im Jahre 2004 nicht realisierbar.

Insgesamt ist damit zu rechnen, dass die tatsächlichen Beitragssatzsenkungen real niedriger als die politisch gewünschten Beitragssatzsenkungen ausfallen werden (siehe Finanztableau). Da gleichzeitig die Beitragsbelastung zu Gunsten der Arbeitgeber verschoben wird, müssen sich die Mitglieder der GKV auf eine deutlich spürbare Mehrbelastung in 2004 einstellen. Ein Beitragssatz von unter 13 Prozent ist selbst für die Arbeitgeber kurz- bis mittelfristig unrealistisch.

8. Seriöse Haushaltsplanung der Krankenkassen ermöglichen

Angesichts der schwierigen Finanzsituation einzelner Kassen und der GKV insgesamt ist es nicht zu verantworten, die Kassen zu Beitragssatzsenkungen zu zwingen. Die geplante Verpflichtung der Kassen, die mit dem Gesetz verbundenen Umfinanzierungen in voller Höhe und die weiteren Einsparungen zur Hälfte in Beitragssatzsenkungen umzusetzen, kann von einigen Krankenkassen nur durch Kreditaufnahme geleistet werden. Dabei erweist es sich als problematisch, dass die vom BMGS prognostizierten Einsparvolumina nicht mit Sicherheit eintreten.

Damit werden alle Bemühungen, die GKV dauerhaft zu konsolidieren, ergebnislos bleiben. Die Schuldenlast wird vielmehr mit der Konsequenz verschleppt, dass Beitragssatzerhöhungen in wenigen Jahren nicht nur unausweichlich sind – sie werden dann auch umso höher ausfallen müssen. Die Effekte aus Einsparungen und Umfinanzierungen werden so verpuffen.

Nur das verbleibende Einsparvolumen könnte für den Abbau der bereits bestehenden Schulden und zur Bildung von Reserven (mindestens 0,25 Monatsausgaben) genutzt werden. Die anhaltende Einnahmeschwäche verschärft die Situation weiter. Im Übrigen belasten weitere Defizite in der Sozialversicherung auch das Erreichen der EU-Stabilitätskriterien.

In einem Kassenwettbewerb, der sich nahezu ausschließlich am Kriterium "Beitragssatz" orientiert und daher keine Krankenkasse einen höheren Beitragssatz als notwendig verlangt, macht gesetzgeberische Vorgaben zur Beitragssatzabsenkung grundsätzlich entbehrlich.

Finanzwirksamkeit der Regelungen für das Jahr 2004 aus dem Entwurf zum GMG (Stand: 02.06.2003)

Maßnahme	Entlastungsvolumen der GKV ab 2004 in Mrd. €	
	Ein schätz- ung des BMGS	realistische Einschätzung
Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	1,0	1,0
Mutterschafts- und Entbindungsgeld, Leistungen bei Schwanger- und Mutterschaft, Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe, Krankengeld bei Betreuung eines Kindes	1,0	1,0
Leistungsbegrenzungen	2,1	2,2
Begrenzung des Leistungsanspruchs bei künstlicher Befruchtung und Sterilisation	0,2	0,2
Streichung Sterbegeld	0,4	0,4
Leistungsbegrenzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	1,0	1,0*
Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen	0,5	0,6
Neugestaltung der Zuzahlung	1,9	1,0
darunter:		
-- Veränderte Spreizung der Arzneimittelzuzahlungen	0,6	0,0
-- 15 € Praxisgebühr bei direktem Facharztbesuch	0,6	0,3
-- Änderung der Härtefallregeln für Arzneimittel	0,5	0,5
-- Anhebung auf 12 € je Krankenhaustag (max. 14 Tage)	0,2	0,2
Mehreinnahmen		
Höhere Beiträge von Rentnern auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen	1,6	1,6
Steuerungs- und Struktureffekte	3,0	0,0
Gesamt	9,6	5,8

* Das Leistungsvolumen bei der Leistungsabgrenzung der OTC-Präparate ist wegen der zu erwartenden Ausweichreaktionen nicht prognostizierbar. Es wird darauf verzichtet, die vom BMGS vorgenommene Einschätzung zu korrigieren, da der Korrekturbedarf von Parametern des Ordnungsverhaltens der Vertragsärzte abhängt, die nicht prognostizierbar sind.

Stellungnahmen der Techniker Krankenkasse (TK)

zum

***Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung
des Gesundheitssystems (GMG)***

- in der Fassung vom 2.06.2003 -

Artikel 1

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Leistungsinanspruchnahme innerhalb der EG

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Mit der geplanten Ergänzung soll die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) umgesetzt und Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werden, auch Leistungen im Geltungsbereich des EG-Vertrages zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen. Für stationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ist ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen vorgesehen. Die Erstattung wird auf die Höhe der Kosten begrenzt, die bei Behandlung im Inland entstanden wären. Details soll die Satzung der Krankenkasse regeln. Anspruchsberechtigt sind auch Personen, die keine Kostenerstattung gewählt haben. Es sind immer Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu berücksichtigen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Eine Umsetzung der EuGH-Rechtsprechungen auf deutsches Recht entspricht der Forderung der TK und wird begrüßt. In Abstimmung mit den anderen VdAK-Kassen wurden Änderungen zum Arbeitsentwurf vom 09.05.03 formuliert, die im mittlerweile vorliegenden Gesetzentwurf vom 02.06.03 teilweise berücksichtigt wurden. Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf besteht noch zu folgenden Punkten:

Familienversicherte Angehörige von Versicherungspflichtigen nach § 5 SGB V wurden nicht als anspruchsberechtigt berücksichtigt. Falsch ist zudem, dass Personen "die nicht nach der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 beim Träger ihres Wohnortes in einem anderen Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes als sachleistungsberechtigt eingetragen sind" anspruchsberechtigt sind. Anspruchsberechtigt sind jedoch nur Versicherte, die im Geltungsbereich des SGB V wohnen.

Die Begrenzung auf Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages lässt unberücksichtigt, dass die EWG-Verordnungen über Soziale Sicherheit auch für die drei weiteren EWR-Staaten sowie die Schweiz Anwendung finden.

Um inländische Nicht-Vertragsbehandler nicht schlechter zustellen als ausländische Nicht-Vertragsbehandler ist der Kreis der Leistungserbringer genauer zu benennen.

Nach ständiger Rechtsprechung des EGH sind Leistungen in anderen EG-Staaten nach den Kriterien zu erbringen, die auch im Versicherungs- und Wohnstaat gelten. Soweit innerstaatliches Recht (z.B. bei Zahnersatz, Kuren) eine vorherige Beantragung der Leistung zwingend vorsieht, muss dies auch für die Inanspruchnahme von Leistungen in anderen Eine entsprechende Ergänzung sollte deshalb im Absatz 4 aufgenommen werden.

Wegen der geplanten Folgeänderung des § 18 SGB V bedeutet der Verweis in § 13 Absatz 6 SGB V (i.d.F. Gesetzentwurf vom 02.06.03) eine Schlechterstellung gegenüber dem jetzigen Recht. Richtig wäre ein Verweis auf § 18 Absätze 1 und 2.

5. Änderungsvorschlag

„(4) **Versicherte, die sich gewöhnlich im Geltungsbereich des SGB V aufhalten**, sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen **Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz** anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind **und** die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der **darin gesetzlich** Versicherten berechtigt sind. **Alle Leistungsvoraussetzungen müssen, wie bei der Leistungsgewährung im Inland, erfüllt sein.** Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen. Kann die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nicht oder nicht rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in anderen **Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz** Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 **Absätze 1** und 2 gelten in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.“

§ 18 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift und in Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „im Ausland“ durch die Wörter „**außerhalb des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz**“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 wird das Wort „Auslandsaufenthalts“ durch die Wörter „Aufenthalts außerhalb des **Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz**“ ersetzt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Krankenversichertenkarte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 15 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Weiterentwicklung zur elektronischen Gesundheitskarte (s. § 291 bzw. § 291a SGB V)

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Folgeregelung aus § 13 SGB V

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 18 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Ergänzung um Ausland außerhalb des EG-Vertrages

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vorrang der Familienversicherung gegenüber nachgehendem Leistungsanspruch

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 19 Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Ergänzung um den Satz 2 "Eine Versicherung nach § 10 hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1" soll Zweifelsfragen klären, die nach Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 07.05.2002 (z.B. B 1 KR 24/01) entstanden sind, da die Urteile nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen (SpIKK) meldetechnisch kaum umsetzbar sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Leistungsrechtliche Auswirkungen treten nur in Bezug auf solche Krankengeldansprüche ein, die in dem Monat nach Beendigung der Mitgliedschaft entstehen. Krankengeldansprüche, die vor der Beendigung der Mitgliedschaft entstanden sind, bleiben unberührt.

Krankengeld soll nach § 47 Abs. 3 Satz 1 SGB V seine Entgeltersatzfunktion erfüllen. Eine Arbeitsunfähigkeit nach Beschäftigungsende löst jedoch keinen Entgeltausfall aus. Die geplante Ergänzung wird daher grundsätzlich begrüßt.

Benachteiligt werden jedoch verheiratete Mitglieder, deren Ehegatten ebenfalls in der GKV versichert sind gegenüber nicht verheirateten Mitgliedern bzw. Mitgliedern, deren Ehegatte nicht GKV-versichert ist!

Daher sollten Ansprüche auf laufende Geldleistungen komplett aus den nachgehenden Ansprüchen des § 19 SGB V gestrichen werden.

5. Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 2 sollte wie folgt geändert werden:

"(2) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen, mit Ausnahme laufender Geldleistungen , längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Eine Versicherung nach § 10 hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1."

Alternativ zur vorgeschlagenen Änderung von Absatz 2 wäre eine Streichung der Absätze 2 und 3 sinnvoll.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Förderung der Prävention und Selbsthilfeförderung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 20 Abs. 2 a), b), c), 3 und 4 SGB V

3. Kurze Darstellung der Regelungsinhalte

Mit der Einfügung nach Absatz 2 der Absätze 2a bis 2c wird folgendes geregelt:

Zur Förderung der Aufgaben nach Absatz 1 und 2 wird beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als zweckgebundenes Sondervermögen gemäß § 113 BHO ein Gemeinschaftsfonds "Prävention und Gesundheitsförderung" errichtet. Die Verwaltung dieses Sondervermögens übernimmt das Bundesversicherungsamt.

Über Rechtsverordnung, ohne Zustimmung des Bundesrates, wird der Wirtschaftsplan und die Mittelverwendung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geregelt. Inhalte dieser Rechtsverordnung werden insbesondere die Vergaberichtlinien, der Gegenstand der Förderung, die Voraussetzungen der Förderung und das Verfahren der Vergabe sein.

Mit der Ergänzung des § 20 Abs. 3 werden die Krankenkassen verpflichtet, mindestens 25 % der Sollausgaben für die Prävention (2,56 € je Versicherten) zur Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten oder als Einlage in einen Gemeinschaftsfond vorzusehen.

Darüber hinaus werden die Krankenkassen nach § 20 Abs. 4 verpflichtet, die gesamten Sollaufwendungen für die Selbsthilfeförderung ((0,51 € je Versicherten) in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds einzuzahlen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die TK spricht sich für eine Stärkung der Prävention aus. Der Gedanke, durch Ansätze in Settings wie den Kindergärten und Schulen frühzeitig präventive Verhaltensweisen einzuüben, wird begrüßt. Darüber hinaus bedarf die kassen- und trägerübergreifende Förderung der Prävention, beispielsweise durch eine Stiftung Prävention, einer finanziellen Ausstattung. Vor diesem Hintergrund erscheint es angebracht, einen Teil der zur Verfügung stehenden Mittel für Gemeinschaftsprojekte bereitzustellen.

Die TK hat die Gründung des Forums Prävention begrüßt. Da es sich aber bei der Prävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, erscheint eine einseitige Festsetzung von finanziellen Beiträgen der GKV wenig sinnvoll, ohne die Finanzbeteiligung anderer Kostenträger in vergleichbarer Weise zu definieren. Ein Gesamtkonzept zur Prävention kann nur unter Verpflichtung aller Verantwortlichen - insbesondere der Gebietskörperschaften aller Ebenen (öffentliche Hand) sowie den übrigen Zweigen der Sozialversicherung - umgesetzt werden.

Darum bedürfen die Regelungen aus § 20 Abs. 2a - 2c der Ergänzung und Klarstellung der Rahmenbedingungen einer gemeinschaftlichen Förderung (Definition der Verantwortlichen, Definition der Vergabebedingungen und des Vergabeverfahrens) unter Mitwirkung der GKV.

Generell, aber auch insbesondere unter Berücksichtigung der oben genannten Forderungen, sollte die Mindestförderung eines Gemeinschaftsfonds oder von Gemeinschaftsprojekten auf 10 % der Sollausgaben für Prävention beschränkt bleiben. Die vorgesehenen 25 % erscheinen zu hoch angesetzt. Damit wäre auch in Zukunft ein konsequenter Ausbau des Angebotes und eine aktive Positionierung durch innovative Projekte der TK im Bereich Prävention möglich.

Die Ergänzung des Abs. 4 (Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen) ist aus Sicht der Selbsthilfegruppen nachvollziehbar, führt allerdings dazu, dass sämtliche Mittel der Selbsthilfeförderung in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds einzuzahlen sind. Dies reduziert die Handlungsmöglichkeiten der Einzelkassen auf Null. Eine kassenindividuelle Förderung z.B. im Rahmen von DMP erscheint aber sinnvoll.

Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, den Anteil der Mittel, den die Krankenkassen in den Gemeinschaftsfonds einzuzahlen haben, auf „mindestens 25 %“ festzusetzen.

5. Änderungsvorschlag

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a bis 2 c eingefügt:

„(2a) Zur Förderung der Aufgaben nach Absatz 1 und 2 wird beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als zweckgebundenes Sondervermögen gemäß § 113 BHO ein Gemeinschaftsfonds „Prävention und Gesundheitsförderung“ errichtet. Das Sondervermögen wird vom Bundesversicherungsamt verwaltet.

(2b) Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Das Sondervermögen ist von dem übrigen Vermögen des Bundes, seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

(2c) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, Näheres über den Wirtschaftsplan des Gemeinschaftsfonds, die Rechnungslegung sowie die Bewirtschaftung der Mittel und deren Verwendung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats zu regeln. In der Rechtsverordnung werden insbesondere die Vergaberichtlinien, der Gegenstand der Förderung, die Voraussetzungen der Förderung, **die Beteiligung weiterer Kostenträger** und das Verfahren der Vergabe unter Mitwirkung des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung“ geregelt.

a) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

" Zur Erfüllung dieser Aufgaben können die Krankenkassen Gemeinschaftsprojekte auch mehrerer Träger mitfinanzieren. Mindestens 10 % des nach Satz 1 festgelegten Betrags haben die Kassen zur Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten oder als Einlage in den Gemeinschaftsfonds "Prävention und Gesundheitsförderung" beim Bundesverwaltungsamt vorzusehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird ermächtigt, die Verwendung der Mittel des Gemeinschaftsfonds durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu regeln."

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben.“

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Mindestens 25 % der nach Satz 5 bestimmten Mittel sind in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds einzuzahlen. Über die Vergabe der Fördermittel aus den Gemeinschaftsfonds beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Satz 3 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretern von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen.“

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 24b Abs. 1 und 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sollen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden. Nach Auffassung des Gesetzgebers gehören diese Leistungen in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung der Versicherten und sollten ausschließlich auf der eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen. Anders ist der Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation zu bewerten, der deshalb erhalten bleibt. Vgl. auch § 27 Abs. 1 Satz 4 der den Anspruch auf Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit regelt, die durch eine wegen Krankheit erforderliche Sterilisation verloren gegangen war.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Begrenzung der Kostenübernahme auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation wird begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Künstliche Befruchtung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 27a SGB V wird aufgehoben

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sollen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden. Nach Auffassung des Gesetzgebers gehören diese Leistungen in erster Linie zur persönlichen Lebensplanung der Versicherten und sollten ausschließlich auf der eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Streichung aus dem Leistungskatalog der GKV wird begrüßt, da es sich um eine versicherungsfremde Leistung handelt; alternativ käme auch hier eine Erstattung der Aufwendungen durch den Bund in Betracht (vgl. § 221 SGB V neu).

Als Folgeänderung müsste § 73 Abs.2 Nr.10 entfallen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Einführung einer Praxisgebühr (fachärztliche Leistungen)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 28 Abs. 4 / § 43 b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Für jede Inanspruchnahme eines Facharztes ohne Überweisung ist von den Versicherten eine Praxisgebühr in Höhe von 15 Euro pro Quartal zu entrichten.

Ausnahmen sind vorgesehen für die Inanspruchnahme eines Frauen- oder Augenarztes, bei der Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes nach den Vorgaben eines strukturierten Behandlungsprogramms bei chronischen Krankheiten nach § 137f (DMP) oder einer integrierten Versorgung nach § 140a sowie bei Inanspruchnahme eines an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes in Notfällen. Außerdem ist eine Befreiung vorgesehen, wenn bei Dauerbehandlung wegen unzumutbarer Entfernung Ärzte oder integrierte Versorgungen nicht in Anspruch genommen werden können. Hierfür werden von der Krankenkasse entsprechende Bescheinigungen ausgestellt.

Nehmen Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt auf Überweisung in Anspruch, sind sie auch für die folgenden Kalenderjahre von der Zahlung befreit, wenn es sich um die unmittelbare Weiterbehandlung derselben Krankheit handelt.

Die Praxisgebühr wird durch den Facharzt eingezogen und mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verringerung der Gesamtvergütung verrechnet.

4. Bewertung/Stellungnahme

Mit der auf fachärztliche Leistungen begrenzten Praxisgebühr wird das Ziel verfolgt, das Leistungsanspruchsverhalten der Versicherten gezielt zu beeinflussen. Damit werden für Versicherte Anreize gesetzt, sich für eine hausärztliche Versorgung zu entscheiden. Auf die mit der Einführung von Praxisgebühren verbundene mögliche Steuerungswirkung für nicht-fachärztliche Leistungen wird verzichtet.

Die durch die Einführung der Praxisgebühr gesetzten Verhaltensanreize sind deshalb nicht unproblematisch, da Belege nicht vorgelegt werden können, nach denen mit einer Stärkung der hausärztlichen Versorgung tatsächlich eine verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreicht werden kann.

Versicherte, die bislang einen Facharzt direkt in Anspruch genommen haben, werden mit der Praxisgebühr zusätzlich belastet. Für diesen Versichertenkreis ist zu befürchten, dass sich durch die zusätzliche finanzielle Belastung (Praxisgebühr und angehobene Zuzahlungen) sowie die Wartezeiten bei Hausärzten, die für die Ausstellung einer Überweisung in Kauf genommen werden müssten, die Attraktivität der gesetzlichen Krankenversicherung weiter vermindert. Die Wechselbereitschaft in die PKV würde für diesen Versicherten nachhaltig befördert und damit die finanzielle Solidität der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet, was den Bedarf an weitergehenden Einschränkungen für die dann in der GKV verbleibenden generieren wird.

Insgesamt besteht damit die Gefahr, dass eine obligatorische Einführung einer Praxisgebühr für die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen zu keiner Verbesserung der Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit führt und die Attraktivität der GKV weiter beeinträchtigt.

Die im Entwurf vorgesehenen administrativen Verfahren (Ausstellen der Bescheinigungen usw.) würden zudem zu einer massiven Erhöhung des Verwaltungsaufwandes bei den Krankenkassen führen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zahnersatz

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 30 SGB V

(in Verbindung mit §§ 85 Abs. 2 S.6, 87 Abs. 2d S.1 und 88 Abs.2 S.1 SGB V)

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Der prozentuale Kassenzuschuss für Zahnersatz wird durch ein therapiebezogenes Festzuschussmodell ersetzt.
- Die Bildung der Festzuschüsse erfolgt regional kassenartenbezogen auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Leistungskomplexen getrennt für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen.
- Die zahnärztlichen Leistungen unterliegen weiterhin der Budgetierung.
- Leistungsbegrenzungen, Mehrkosten- und Bonusregelungen des bisherigen Rechtes werden übernommen.
- Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten bleibt auf den Eigenanteil begrenzt. Der Abrechnungsweg für den Kassenanteil über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bleibt ebenfalls erhalten.
- Dem Heil- und Kostenplan sind künftig 2 Kostenangebote für zahntechnische Leistungen beizufügen. Darin sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen.
- Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihre Versicherten über qualitative und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu beraten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Einführung von Festzuschüssen bei Zahnersatz unter Beibehaltung des Sachleistungssystems und des Abrechnungsweges über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ist grundsätzlich zu begrüßen.

Dieses Zuschussmodell bedeutet eine größere Leistungsgerechtigkeit, weil der Kassenzuschuss nicht länger vom Preis des jeweiligen Zahnersatzes abhängig ist. So wurde für eine kostengünstige Versorgung bislang auch nur ein geringer Zuschuss (jeweils bezogen auf die Gesamtkosten des Zahnersatzes) gezahlt. Bei dem geplanten Festzuschussmodell ist die Zuschusshöhe bezogen auf die von den Gesamtvertragspartnern zu bildenden Leistungskomplexe nunmehr gleich.

Als kritisch ist allerdings die geplante Festlegung regionaler kassenartenbezogener Festzuschüsse zu werten. Bedingt durch die im Gesetz bereits verankerte gemeinsamen Verhandlungen aller Kassenarten mit den Zahntechnikerinnungen existieren für den zahntechnischen Bereich bereits einheitliche Preise für alle Kassenarten auf regionaler Ebene, welche auch zu einheitlichen Festzuschüssen führen würden.

Dagegen gibt es im Honorarbereich zwischen den Kassenarten aufgrund der getrennten Verhandlungen größtenteils noch unterschiedliche Punktwerte, welche nach dem vorliegenden Gesetzentwurf auch zu unterschiedlichen Festzuschüssen führen würden. Damit würden die noch bestehenden Vergütungsabstände der Ersatzkassen zu den Regionalkassen zementiert werden.

Es wird daher vorgeschlagen, die regionalen Festzuschüsse für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen kassenartenübergreifend gemeinsam und einheitlich festzulegen.

Der Gesetzentwurf beinhaltet keine konkreten Umsetzungsfristen für die Selbstverwaltung. Gerade vor dem Hintergrund, dass auf Bundesebene zunächst entsprechende Leistungskomplexe zu bilden sind und darauf basierend dann die Festzuschüsse, ist eine Fristsetzung bzw. eine Ersatzvornahme durch das BMGS unumgänglich, zumal mit Widerständen aus der Zahnärzteschaft gerechnet werden muss.

Die vorgesehene Regelung, wonach der Vertragszahnarzt dem Heil- und Kostenplan künftig 2 Kostenangebote für zahntechnische Leistungen beizufügen und Angaben zum Herstellungsort zu machen hat, ist sinnvoll. Sie sorgt für mehr Transparenz auf Seiten der Versicherten und Krankenkassen und eröffnet dem Versicherten Möglichkeiten, die Preisgestaltung des Zahnersatzes zu beeinflussen. Darüber hinaus wird ein Preiswettbewerb unterhalb der für zahntechnische Leistungen nach § 88 Abs. 2 SGB V zu vereinbarenden Höchstpreise forciert.

Den Kassen die Möglichkeit einzuräumen, ihre Versicherten über qualitative und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu beraten, ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Da sich in der Begründung hierzu jedoch keine Erläuterungen finden, sollte vom Gesetzgeber eine Präzisierung erfolgen. Eine Beratung über qualitative und wirtschaftliche Versorgungsalternativen kann von den Kassen allein nicht geleistet werden. Hierzu ist medizinischer Sachverstand erforderlich.

5. Änderungsvorschläge

§ 85 Abs. 2 Satz 6 SGB V des Entwurfes sollte wie folgt gefasst werden:

„Beim Zahnersatz entspricht die Gesamtvergütung den Festzuschüssen nach § 30, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die Leistungskomplexe nach § 87 Abs. 2d gebildet werden ; Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sind nicht zulässig.“

In § 87 SGB V sollte zusätzlich Abs. 2d Satz 4 wie folgt geändert werden:

Das Datum 31.12.2001 ist durch 30.06.2004 zu ersetzen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Leistungsanspruch/Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 31 Abs. 1 und Abs. 3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der Leistungsanspruch wird konkretisiert. Neben den Leistungsausschlüssen nach § 34 SGB V (durch Gesetz bzw. Rechtsverordnung) sind auch die Arzneimittel-Richtlinien nach § 92 SGB V anzuwenden.

Die Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel werden für mittlere Packungsgrößen von 4,50 EUR auf 6 EUR und für große Packungsgrößen von 5 EUR auf 8 EUR erhöht. Die Zuzahlung für kleine Packungsgrößen bleibt mit 4 EUR unverändert.

Härtefälle im Sinne des § 61 SGB V zahlen zukünftig 1 EUR, unabhängig von der Packungsgröße. Versicherte, die die Bonusregelung nach § 62a SGB V in Anspruch nehmen, sind von der Anhebung der Zuzahlungsbeträge nicht betroffen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Gegen die Neuregelung bestehen keine Einwände. Die Erhöhung der Zuzahlungsbeträge für mittlere und große Packungen wird voraussichtlich zur wirtschaftlicheren Inanspruchnahme beitragen und die Teilnahme am Hausarztssystem, strukturierten Behandlungsprogrammen oder integrierter Versorgung für die Versicherten attraktiver machen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Steuerungsmöglichkeiten bei der Leistungsanspruchnahme für Heilmittel

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 32 Abs. 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Leistungspflicht der Krankenkassen soll für Heilmittel in Fällen begrenzt werden, in denen von der jeweiligen Krankenkasse Heilmittel wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Personen angeboten werden können, mit denen sie einen Vertrag nach § 125 Abs. 2 Satz 3 SGB V geschlossen hat. Nimmt der Versicherte ggf. einen anderen Leistungserbringer in Anspruch, übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten in Höhe des niedrigsten Vertragspreises.

Außerdem wird der Leistungsanspruch konkretisiert. Neben den Leistungsausschlüssen nach § 34 SGB V sind auch die Heilmittel-Richtlinien nach § 92 SGB V anzuwenden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Einführung einer Steuerungsmöglichkeit für eine wirtschaftlicheren Leistungserbringung wird begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anspruch auf Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nur bei schwerer Sehbeeinträchtigung. Beschränkung auf den niedrigsten Vertragspreis bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 33 Abs. 1 + 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Vorschrift begrenzt den Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie auf schwer sehbeeinträchtigte Versicherte. Der Absatz 2 regelt die Höhe der Kostenübernahme für Hilfsmittel, für die kein Festbetrag nach § 36 SGB V festgesetzt wurde. Soweit die Krankenkasse anbietet, Hilfsmittel wohnortnah und in zumutbarer Weise durch Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen, trägt sie die Kosten nur in der Höhe, die sie mit den Leistungserbringern vereinbart hat, sofern der Versicherte einen anderen teureren zugelassenen Leistungserbringer wählt. Die Höhe der Kostenübernahme richtet sich nach dem niedrigsten Preis, der mit den wohnortnahen Leistungserbringern vereinbart ist.

4. Bewertung/Stellungnahme

Der Leistungsanspruch der Versicherten wird reduziert. In der Praxis ist hinsichtlich der Entscheidung, ob und inwieweit eine schwere Sehbeeinträchtigung beim Versicherten vorliegt, eine Abgrenzungsproblematik zu erwarten. Die Regelung im Absatz 2 übernimmt in ihrer Wirkung weitgehend die Regelungen des geltenden Rechts. Wie bisher auch, können die Krankenkassen Hilfsmittel bis zur Höhe des festgesetzten Festbetrags oder, falls noch kein Festbetrag festgesetzt wurde, für andere Hilfsmittel die Kosten in Höhe des vertraglich vereinbarten Preises übernehmen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 34 Abs. 1, 3 und 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der Versorgung zu Lasten der Krankenkasse ausgeschlossen. Dies gilt nicht für:

- ◆ Versicherte bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ◆ Versicherte bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, die behindert sind und Entwicklungsstörungen haben,
- ◆ homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie
- ◆ in medizinisch notwendigen Einzelfällen, wenn die Arzneimittel-Richtlinien (§ 92 SGB V) die Verordnung des Arzneimittels vorsehen.

Der auch bisher bereits vorhandene indikationsbezogene Ausschluss von Arzneimitteln für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben wird folglich auf verschreibungspflichtige Arzneimittel beschränkt und gilt für Versicherte die das 12. Lebensjahr vollendet haben.

Klargestellt wird auch, dass für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ergänzend zu der Kompetenz des Ordnungsgebers für Verordnungsausschlüsse auch die Richtlinien nach § 92 SGB V gelten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Absenkung der Altersgrenze für den indikationsbezogenen Ausschluss erscheint vertretbar, da mit diesem Alter der Stoffwechsel des Jugendlichen weitgehend dem eines Erwachsenen entspricht und daher gleiche Erkrankungen analog therapiert werden können.

Der Ausschluss der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Versorgung wird jedoch negativ beurteilt. Die Verschreibungspflicht eines Arzneimittels ist nicht Ausdruck einer besonders guten Wirksamkeit, sondern eines höheren Gefährdungspotentials. Es handelt sich laut Definition Arzneimittelgesetz um Medikamente, "die die Gesundheit auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch gefährden können oder die häufig nicht bestimmungsgemäß gebraucht werden".

Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen unterliegen generell in den ersten fünf Jahren nach Markteinführung der Verschreibungspflicht, da mit ihnen erst in der breiteren Anwendung Erfahrungen gesammelt werden müssen. Wenn sich dann herausstellt, dass sie gut verträglich sind, können sie aus der Verschreibungspflicht entlassen werden. Klar ist, dass es Medikamente im Selbstmedikationsbereich gibt, die bei eher leichteren Erkrankungen eingesetzt werden.

Viele Medikamente jedoch wie z.B. ASS (Aspirin 100 u.a.) zur Herzinfarktprophylaxe sind aus der Prophylaxe und Therapie von Erkrankungen nicht weg zu denken. Verschreibungspflichtige Präparate mit derselben Indikation sind in diesem Fall erheblich teurer (DDD-Kosten von ASS: 0,04€; DDD-Kosten von ADP-Rezeptorantagonisten: 2,80 €). Insofern besteht die Gefahr, dass sich die Verordnung hin zu teureren und risikoreicheren Medikamenten verlagert.

Weiterhin sind vom Versorgungsausschluss nicht betroffen homöopathische und anthroposophische Medikamente ohne zugelassenes Anwendungsgebiet. Unter der Annahme, dass Präparate gegen Bagatellerkrankungen ausgeschlossen werden sollten, ist die Beibehaltung der Finanzierung dieser Mittel, für die es keinerlei Wirkungsnachweis gibt, nicht nachvollziehbar.

Die Regelung zum Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel ist hochproblematisch. Sollte an ihr festgehalten werden, sollte der Verordnungs-ausschluss zumindest auch für Homöopathika und Anthroposophika gelten.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Festbeträge für Arzneimittel

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 35 Abs. 1a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Durch Aufhebung des § 35 Abs. 1a wird auch für dem Patentschutz unterliegende Arzneimittel eine Bildung von Festbetragsgruppen nach Stufe 2 und 3 möglich.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Aufhebung ist positiv zu bewerten, da die Möglichkeit, auch für patentgeschützte Arzneimittel Festbeträge nach Stufe 2 und 3 festlegen, zu Einsparungen im Arzneimittelbereich führen kann.

Insbesondere durch die Einführung von patentgeschützten MeToo-Präparaten bei Wirkstoffgruppen, für die schon Generika zum Original verfügbar sind, sind bisher die Kosten der Therapie ohne Zusatznutzen in die Höhe getrieben worden. Können MeToos auch Festbeträgen unterworfen werden, liegt hier erhebliches Einsparpotential.

Allerdings ist der Gesetzesentwurf so ausgestaltet, dass für patentgeschütztes Mittel nur dann ein Festbetrag festgelegt werden darf, solange die Gruppenbildung ausschließlich mit ebenfalls patentgeschützten Medikamenten erfolgt. Läuft also für das erste Original einer Wirkstoffklasse der Patentschutz aus, sind die Festbeträge für die anderen, weiterhin patentgeschützten MeToos hinfällig. Hierdurch wird der Einspareffekt erheblich dezimiert.

5. Änderungsvorschlag

Die Gruppenbildung sollte auch möglich sein, wenn der erste Wirkstoff einer Wirkstoffklasse aus dem Patentschutz entlassen ist.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Empfehlungen zu Arzneimitteln (durch Deutsches Zentrum für Qualität)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 35 b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Zulassung nach dem Arzneimittelgesetz bescheinigt die Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität eines Arzneimittel. Derzeit wird keine Abwägung vorgenommen, inwieweit das Medikament im Vergleich mit anderen, bereits eingeführten Präparaten zum therapeutischen Fortschritt beiträgt oder - wenn dieser vergleichbar ist - die Therapie effizienter, weil kostengünstiger, gestaltet. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis soll durch das Deutsche Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin vorgenommen werden.

Für Arzneimittel ohne verbesserte Wirkung sollen Festbeträge durch die Krankenkassen festgelegt werden, die sich an bereits eingeführten Referenzsubstanzen orientieren. So wird vermieden, dass sich die Therapie unangemessen verteuert.

Für die Abgabe von Empfehlungen zur Anwendung zugelassener Arzneimittel für Indikationen, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind (Off-Label-Use) beruft das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Expertengruppen. Empfehlungen von Expertengruppen sollen nur mit Zustimmung des pharmazeutischen Unternehmens erstellt werden, damit gewährleistet ist, dass die betreffende Anwendung als bestimmungsgemäßer Gebrauch akzeptiert wird und der Hersteller damit nach den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes für die entsprechende Anwendung haftet.

Zu einer Empfehlung des Zentrums oder der Expertengruppen haben die Bundesausschüsse innerhalb von sechs Monaten zu beschließen oder gegenüber dem BMGS zu begründen, aus welchen Gründen keine Richtlinien beschlossen werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Bestrebungen, Leistungen stärker nach ihrem therapeutischen Nutzen und der Wirtschaftlichkeit auszurichten, werden unterstützt. Zur Errichtung und den Aufgaben des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin siehe Ausführungen zu den §§ 139a bis f SGB V.

Die vorgesehenen Regelungen zum Off-Label-Use beschreiben das Zustandekommen von Empfehlungen der Expertengruppen. Eine gesetzliche Klarstellung zum Off-Label-Use bis zum Vorliegen einer entsprechenden Empfehlung für das jeweilige Arzneimittel ist nicht vorgesehen. Ergänzende gesetzliche Regelungen zum Off-Label-Use sind erforderlich, da die Frage der Verordnungsfähigkeit von Mitteln außerhalb der zugelassenen Indikation als letzte Behandlungsmöglichkeit bei den behandelnden Ärzten zunehmend zu Verunsicherungen geführt haben.

Die berufenen Experten sollten zur Erhöhung der Transparenz ihrer Entscheidungen diese für Fachkreise zugänglich begründen und ihre Verflechtungen mit Industrie, Ärzten und Krankenkassen offen legen, um ihre Unabhängigkeit sicher zu stellen. Der erste Punkt findet im Entwurf leider keine Berücksichtigung. Dies gilt ebenfalls für die Entscheidungsgrundlagen des Gremiums zum Off Label Use.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Festbeträge für Hilfsmittel

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 36 Abs. 1 bis 3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Es wird klargestellt, dass den anhörungsberechtigten Verbänden eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen ist (Absatz 1). Die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel soll zukünftig nicht mehr auf der Landesebene, sondern durch die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene erfolgen. Bis zur erstmaligen bundesweiten Festsetzung (spätestens bis zum 31.12.2004) werden die auf der Landesebene bisher festgesetzten Festbeträge als Obergrenze für die Leistungspflicht der Krankenkassen festgeschrieben (Absatz 2). Weiterhin wird auch für die Festbeträge für Hilfsmittel eine jährliche Überprüfungsverpflichtung für die Spitzenverbände der Krankenkassen festgeschrieben (Absatz 3).

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen werden insgesamt begrüßt. Hinsichtlich der vorgesehenen Stellungnahme durch Verbände der Leistungserbringer und behinderter Menschen ist eine Konkretisierung der zu berücksichtigenden Beteiligten wünschenswert, um eine Arbeitsfähigkeit sicher zu stellen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Krankenpflege Wohnungsloser

2. Rechtsgrundlagen

Artikel 1, § 37 Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Wohnungslose Versicherte erhalten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, wenn sie sich zum Zeitpunkt der Erkrankung in einer Einrichtung befinden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Ergänzung des § 37 Abs. 2 SGB V ist entbehrlich, da bereits im Rahmen der geltenden Regelungen eine umfassende medizinische/pflegerische Versorgung der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen möglich ist.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Erhöhung der Zuzahlung für vollstationäre Krankenhausbehandlung sowie ambulante und stationäre Rehabilitation

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 39 Abs. 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Neuregelung soll die Höhe der Krankenhauszuzahlung an die wirtschaftliche Entwicklung anpassen. Die Zuzahlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, soll von 9 EUR je Kalendertag auf 12 EUR je Kalendertag angehoben werden.

Die bisherigen Zahlungswege (Einbeziehung durch das Krankenhaus) und die Dauer der maximalen Zuzahlungen (für längstens 14 Tage im Kalenderjahr) sollen erhalten bleiben.

Die vorgesehene Erhöhung der Zuzahlung für vollstationäre Krankenhausbehandlung von 9 EUR auf 12 EUR je Kalendertag für längstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres hat auch Auswirkungen auf die Zuzahlungshöhe bei ambulanter und stationärer Rehabilitation, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung notwendig ist. § 40 Abs. 6 SGB V verweist auf die Zuzahlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V.

Eine Änderung der Zuzahlungshöhe für stationäre "Vorsorgekuren" (§ 23 Abs. 6 SGB V) sowie für ambulante und stationäre Rehabilitation, die nicht im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung notwendig ist (§ 40 Abs. 5 SGB V), sieht der Entwurf nicht vor.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Zuzahlungspflicht der Versicherten stellt eine Form der Selbstbeteiligung dar. Die Höhe der Anpassung der Selbstbeteiligung ist angemessen.

Berücksichtigt man, dass die Zuzahlung für die sogenannte Anschlussrehabilitation auf längstens 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt ist, während die Zuzahlung bei stationären "Vorsorgekuren" sowie ambulanter und stationärer Rehabilitation, die nicht als Anschlussrehabilitation durchgeführt wird, für die gesamte Dauer der Maßnahme zu zahlen ist, sind unterschiedliche tägliche Zuzahlungsbeträge akzeptabel.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anrechnung von Praxisgebühren

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 43b Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Praxisgebühren nach § 28 Abs. 4 SGB V werden vom Facharzt eingezogen und mit seinem Gesamtvergütungsanspruch verrechnet. Die Gesamtvergütungen verringern sich entsprechend.

4. Bewertung/Stellungnahme

Notwendige Folgeänderung aus § 28 Abs. 4 SGB V.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Streichung von Sterbegeld aus dem Leistungskatalog der GKV

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, im Dritten Kapitel wird der Siebte Abschnitt (§§ 58 u. 59 SGB V) aufgehoben.

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der Anspruch auf Sterbegeld wird, ohne Übergangsregelung, gestrichen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Das Sterbegeld ist die klassische (kranken-)versicherungsfremde Leistung. In mehreren Stufen wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten (zum 01.01.1989) bzw. die Leistungshöhe (zuletzt zum 01.01.2003) vom Gesetzgeber eingegrenzt.

Es handelt sich beim Sterbegeld ohnehin nur noch um einen Zuschuss zu den Bestattungskosten

Die Herausnahme des Sterbegeldes aus dem Leistungskatalog der GKV wird begrüßt, da es sich um eine versicherungsfremde Leistung handelt; alternativ käme auch hier eine Erstattung der Aufwendungen durch den Bund in Betracht (vgl. § 221 SGB V neu).

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Fahrkosten - Stringentere Leistungsvoraussetzungen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 60 Abs. 1 und 2 SGB V

3. Kurze Darstellung der Regelungsinhalte und Bewertung/Stellungnahme

§ 60 Abs. 1 Satz 1

Mit der Ergänzung des würde es zukünftig heißen: "Die Krankenkasse übernimmt ... die Kosten für Fahrten..., wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind.", anstelle "...Leistung der Krankenkasse notwendig sind."

Angesichts der exorbitanten Steigerungen im Bereich Fahrkosten begrüßen die Ersatzkassen die Klarstellung im § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr.1

Mit der Ergänzung soll stärker auf die medizinische Notwendigkeit bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus abgestellt werden.

Die geplante Neuregelung wird abgelehnt. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vielmehr so zu ändern, dass Verlegungsfahrten (Notfälle und Einwilligungsfälle ausgenommen) vom abgebenden Krankenhaus zu übernehmen sind:

"...bei Leistungen, die stationär erbracht werden; mit Ausnahme von Notfällen und einer mit Einwilligung der Krankenkassen erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus gilt dies nicht für eine Verlegung in ein nachsorgendes Krankenhaus, sofern die beteiligten Krankenhäuser Fallpauschalen abrechnen.
--

Aus vertragsrechtlicher Sicht erscheint es sinnvoll, auch im § 133 SGB V Änderungen vorzunehmen dergestalt, dass für die Krankenkassen und ihre Verbände auf Landesebene eine Beteiligung bei den in den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Verfahren zur Struktur- und Bedarfsplanung sowie an der Festlegung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu sichern ist. Durch eine generelle Festschreibung der Verhandlungslösung in § 133 SGB V ist eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen an der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten.

§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr.2

Im Haushalt lebende Personen für die Durchführung von Krankenfahrten "zu verpflichten" ist rechtlich und praktisch nicht durchsetzbar bzw. sinnvoll. Die geplante Änderung des § 60 Absatz 2 Satz 2 wird daher abgelehnt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

- Streichen der Zuzahlung bei Arznei- und Verbandmitteln
- Wegfall der teilweisen Befreiung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 61 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V

Artikel 1, § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Neuregelung des § 61 Abs. 1 Nr. 1 würde die "vollständige Befreiung" von der Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln (derzeit zwischen 4 und 5 € je Packung) entfallen. Dies soll einen "finanziellen Anreiz für die Teilnahme am Hausarztmodell oder an strukturierten Behandlungsprogrammen oder an der integrierten Versorgung oder an der Versorgung in Gesundheitszentren" darstellen.

Die Neuregelung von § 61 Abs. 1 Nr. 2 soll die jetzige Regelung an die Einführung der Festzuschüsse anpassen.

Die "teilweise Befreiung" für Personen, die ein Jahr lang notwendige Fahrkosten und Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln in Höhe von mindestens 1 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben wäre nicht mehr möglich; die Belastungsgrenze für diese Personen würde weiterhin 1 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betragen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Der vorgesehene Wegfall bzw. Beschränkung der Härtefallregelungen korrespondiert mit der neuen Bonusregelung nach § 62a (neu) und würde zu einer finanziellen Entlastung der GKV führen, deren Höhe jedoch nicht ausgewiesen wird. Allerdings könnte die Neuregelung dazu führen, dass insbesondere Versicherte mit niedrigem Einkommen und chronischer Erkrankung an die Grenzen der finanziellen Leistungsfähigkeit und Zumutbarkeit gelangen.

Im Hinblick auf das verfassungsrechtlich verankerte Sozialstaatsprinzip dürfte diese Regelung aus verfassungsrechtlicher Sicht jedoch grds. zulässig sein, zumal die Versicherten ggf. durch die Sozialhilfe (§ 38 BSHG, Hilfe in besonderen Lebenslagen) aufgefangen werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bonus für Versicherte

2. Rechtsgrundlage

Artikel 1, § 62 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Es werden Anreize für die Teilnahme an einem Hausarztssystem, einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten oder integrierter Versorgung gesetzt. Teilnehmer müssen danach lediglich die Hälfte der in § 31 Abs. 3 SGB V vorgesehenen Zuzahlung entrichten:

- kleine Packungsgröße 2 EUR (statt 4 EUR)
- mittlere Packungsgröße 3 EUR (statt neu 6 EUR)
- große Packungsgröße 4 EUR (statt neu 8 EUR)

Für Teilnehmer am Hausarztssystem gelten die geringeren Zuzahlungen. Sie gelten vermindert nicht für Verordnungen von Fachärzten, die ohne Überweisung in Anspruch genommen werden.

Für chronisch Kranke, die nicht im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms oder integrierter Versorgung behandelt werden können, gilt die Bonusregelung entsprechend.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Gewährung von Boni ist grundsätzlich positiv zu beurteilen.

Aufgrund der vielfältigen Ausgestaltungsmöglichkeiten von Versorgungsmodellen können verschiedene Anreizsysteme wirksam werden. Die Gewährung von Zuzahlungsbefreiungen stellt dabei lediglich ein denkbares Element dar.

Die konkrete Ausgestaltung des Bonus sollte daher nicht obligatorisch und für alle Vertragskonstruktionen identisch vorgesehen werden. Sie sollte als 'Kann-Regelung' gestaltet werden.

Zu den gesetzten Anreizsystemen für die Hausärztliche Versorgung siehe auch die Stellungnahmen zu § 67 SGB V.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bonus für Versicherte für gesundheitsbewusstes Verhalten

2. Rechtsgrundlage

Artikel 1, § 65 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Mit der Gewährung von Boni soll Einfluss auf eine gesunde Lebensführung genommen werden.

Die Gewährung von Boni ist derzeit auf Modellvorhaben begrenzt. Danach können Boni im Zusammenhang mit integrierten Versorgungsformen (§ 140a), Hausarztmodellen (§ 65a alt) sowie anderen Modellvorhaben (§ 63 Abs.3) gewährt werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Schaffung von Anreizsystemen für eine gesunde Lebensführung der GKV-Versicherten wird positiv bewertet.

Die vorgeschlagene Regelung sollte allerdings um eine Passage erweitert werden, die die Bonusgewährung auch für Fallgestaltungen ermöglicht, in denen kostengünstigere Leistungsanspruchnahmen (z.B. Arzneiversand, Auswahl von Reha-Einrichtungen, preisgünstige Versorgung mit Zahnersatz) gefördert werden sollen.

Zusätzlich zu den angeführten Anreizsystemen wird die Möglichkeit der Schaffung einer, über Satzungsregelung definierten Bonusregelung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung grundsätzlich positiv bewertet. Der vorgeschlagene Passus sollte sich aber nicht nur auf die reine Teilnahme an entsprechenden Maßnahmen durch beschränken, sondern vorwiegend wirksame Modelle der nachweisbaren Verhaltens- und Verhältnisprävention fördern.

5. Änderungsvorschlag

§ 65a wird wie folgt gefasst:

„§ 65a Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 oder Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen oder die an der Einsparung bei den Kosten für die Leistungserbringung mitwirken, Anspruch auf einen Bonus haben. Dabei kann die Krankenkasse auch vorsehen, dass diese Versicherten über die gesetzlich geregelten Befreiungen hinaus von Zuzahlungen befreit werden.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eines Arbeitgebers sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.“

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bonus für Versicherte (Hausarztmodell)

2. Rechtsgrundlage

Artikel 1, § 67 in Verbindung mit § 62 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten das Hausarztmodell mit Bonus für die Teilnahme anzubieten.
- Die Teilnahme an diesem Modell ist für Patientinnen und Patienten freiwillig.
- Versicherte können sich verpflichten, fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen
- Ausnahmen: Augenärzte und Frauenärzte
- Mindestdauer der Verpflichtung: 1 Jahr
- Wechsel des Hausarztes nur bei wichtigem Grund
- Versicherte willigt ein, dass personenbezogene Daten bei Hausarztwechsel an neuen Hausarzt übergehen
- Durchführung des Hausarztmodells wird in Satzung der Kasse geregelt.
- Als Bonus ist für eingeschriebene Patienten die reduzierte Zuzahlung zu Arzneimitteln vorgesehen

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Möglichkeit, dass Krankenkassen ihren Versicherten besondere Versorgungsmodelle anbieten können, sind grundsätzlich begrüßenswert. Mit der im Entwurf vorgesehenen obligatorischen Verpflichtung für die Krankenkassen, ein Hausarztmodell anbieten zu müssen, wird allerdings nur eine von mehreren Möglichkeiten eröffnet, die Wahlfreiheit der Versicherten zu erweitern und damit die Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit zu verbessern.

Die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme wurde nicht zuletzt mit dem qualitativen Optimierungsbedarf der Behandlung chronischer Erkrankungen, die sich regelhaft in der hausärztlichen Versorgung vollzieht, begründet. Insofern ist nicht nachvollziehbar, weshalb nunmehr dieser Versorgungsbereich nachhaltig gefördert werden soll.

Zudem ergeben sich eine Vielzahl von medizinischen Tatbeständen, in denen es nicht sinnvoll ist, einen Hausarzt zu konsultieren, wenn durch die Eindeutigkeit des Krankheitsbildes eine spezifische fachärztliche Kompetenz erforderlich ist.

Im Vorfeld des Angebotes von Hausarztmodellen ist daher die Frage zu beantworten, ob aufgrund des bestehenden Ausbildungsstands im hausärztlichen Versorgungsbereich bislang im fachärztlichen Bereich erbrachte Leistungen ohne Verlust der Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit tatsächlich realisiert werden können und ob eine Verlagerung bisher fachärztlicher Leistungen vom hausärztlichen Bereich aufgefangen werden kann (Wartezeitenproblem).

Unabhängig davon ist zu erwarten, dass es durch die Arzneysysteme zu vermehrten Arztbesuchen und damit zu erhöhten betrieblichen Ausfallzeiten kommen wird, die die Produktivität in den Betrieben beeinträchtigt.

Vor einer obligatorischen Einführung von Hausarztmodellen ist es im Interesse der Versicherten erforderlich, verbindliche Kriterien zu entwickeln, mit denen der für eine herausragende Koordinationsfunktion erforderliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand der heute hausärztlich Tätigen hinreichend sichergestellt werden kann.

So lange nicht feststeht, dass Einbußen in der Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit für die Versicherten nicht eintreten, wäre es sinnvoller, von den obligatorischen Verpflichtungen Abstand zu nehmen und den Krankenkassen das Angebot eines Hausarztmodells fakultativ zu ermöglichen. Zusätzlich ist es wünschenswert, dass die Krankenkassen mehr Möglichkeiten erhalten, Ihren Versicherten über die hier vorgesehene Modellierung hinaus weitere Wahlmöglichkeiten zu schaffen.

5. Änderungsvorschläge

- a. Bei der Bonusgewährung müssen Konstruktionen ermöglicht werden, die für die Versicherten der einzelnen Krankenkassen wirksame Anreize bieten und über die vorgesehene Reduzierung der Zuzahlung bei Arzneimitteln und der sich aus § 28 SGB V ergebenden Befreiung von der Entrichtung der Praxisgebühr hinausgehen. Es sollte daher der einzelnen Krankenkasse ermöglicht werden, zusätzliche Anreize bieten zu können.
- b. Um eine Praktikabilität des Verfahrens sicherzustellen, müssen die Krankenkassen über die Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten, die sich im Rahmen eines optionalen Angebotes ihrer Krankenkasse für ein Hausarztmodell entschieden haben, informiert werden. Hierfür wird folgende Ergänzung von § 295 Abs. 2 SGB V vorgeschlagen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln für die Durchführung der § 43 b SGB V sowie § 67 SGB V die erforderlichen versichertenbezogenen Information über die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Elektronische Patientenakte

2. Rechtsgrundlage

Artikel 1, § 68 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Den Krankenkassen wird ermöglicht, Versicherten finanzielle Unterstützung für Dienstleistungen einer elektronischen Patientenakte zu ermöglichen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Eine Beschleunigung der Nutzung elektronischer Medien ist zu begrüßen. In den §§ 291 und 291a SGB V-E ist die Einführung einer elektronischen Patientenakte, die optional Anwendungen einer elektronischen Patientenakte ermöglichen (§ 291 a Abs.3 Ziffer 4 SGB V-E) soll vorgesehen. Sogenannte ´patientenmoderierte´ Patientenakten, in der der Patient darüber entscheidet, welche Daten aufgenommen werden, können sind Vorläufer der nach § 291a Abs. 3 vorgesehenen elektronischen Patientenakte.

Es muss die Frage beantwortet werden, welchen behandlungsrelevanten Mehrwert eine Patientenakte für die mit- und weiterbehandelnden Ärzte in der Praxis hat, wenn diese nicht vollständig ist bzw. welche Verbindlichkeit die abgelegten Informationen für die behandelnden Ärzte und anderen Heilberufe haben.

Ein zeitnaher, verbindlicher und flächendeckender Einsatz einer telematischen Kommunikationsplattform ist dem fakultativen Angebot von Patientenakten daher vorzuziehen und wird daher nachhaltig unterstützt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Leistungsabrechnung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 71 Abs. 4

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des § 83 Abs.2

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung; Einbeziehung von Gesundheitszentren in die vertragsärztliche Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, §§ 72 Abs. 1 SGB V (siehe auch §§ 95, 106a SGB V)

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Gesundheitszentren wirken an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit.
- Zur ambulanten Versorgung werden - parallel zu den bisherigen Strukturen - Gesundheitszentren zugelassen.
- Gesundheitszentren werden in das neue System der Einzelverträge einbezogen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Das ambulante Versorgungssystem ist nach wie vor durch die klassische Einzelpraxis geprägt. Die Schaffung von Gesundheitszentren würde Ressourcen und Leistungsspektren verschiedener Leistungserbringerkategorien bündeln, Synergieeffekte freisetzen und Einsparpotenziale durch integrative Versorgungsprozesse erschließen.

Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen.

Die Regelungen werden daher begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Besondere Therapierichtungen in der hausärztlichen Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 73 Abs. 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Vorschrift enthält eine Übersicht über die Inhalte der hausärztlichen Versorgung. Angefügt wird im Satz 2 Nr. 1 ein Halbsatz, dass Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die besonderen Therapierichtungen sind bereits heute Bestandteil der Leistungen und nicht mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gleichzusetzen. Für die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt § 135, der in Bezug auf die Voraussetzungen zur Leistungserbringung auch nicht verändert wird. Alle neuen diagnostischen bzw. therapeutischen Methoden, die bisher nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung bzw. nicht nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte/ Zahnärzte und Krankenkassen anerkannt sind, können grundsätzlich auch weiterhin nicht von den Kassen übernommen werden.

Die Regelung ist daher entbehrlich.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vertragsärztliche Versorgung, Sicherstellungsauftrag und Neuorganisation der fachärztlichen Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 73 Abs. 1a, § 106 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Der Sicherstellungsauftrag für fachärztliche Leistungen im Rahmen des Kollektivvertragsrechts umfasst nur noch
 - Augenärzte
 - Frauenärzte
 - übrige Fachärzte, die keine Einzelverträge geschlossen haben (vgl. § 106 a SGB V)
- Hausärztliche Versorgung und fachärztliche Versorgung, die von Augenärzten und Gynäkologen erbracht wird, bleiben in der kollektivvertraglich geregelten Sicherstellung durch die KV.
 - Neue Fachärzte können nur auf Einzelvertragsbasis vertragsärztlich tätig werden.
 - Die übrigen bereits zugelassenen Fachärzte unterliegen zunächst weiterhin dem Kollektivvertragsrecht.
 - Fachärzte bekommen jedoch das Optionsrecht, aus dem Kollektivvertragsrecht auszusteigen und Einzelverträge mit den Krankenkassen zu schließen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Eine Neuordnung des Sicherstellungsauftrages ist erforderlich, um Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsreserven zu erschließen. Die vorgesehenen Regelungen würden einen langen Übergangszeitraum erfordern, bis zu dem das bestehende Vertretungsmonopol der KVen tatsächlich umgestellt würde. Dies hätte zur Folge, dass der bestehende Sicherstellungsauftrag für den Zeitraum, in dem niedergelassene Fachärzte aus Altersgründen aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden, faktisch aufrecht erhalten bliebe. Dieser Zeitraum ist zu lang, um Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zeitnah realisieren zu können.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Übermittlung von Berichten

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 73 Abs. 1b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Regelungen im EBM und in Verträgen, dass fachärztliche Leistungen nur abgerechnet werden können, wenn

- wenn Datenübermittlungsverpflichtungen erfüllt werden,
- bei Teilnahme an Hausarztmodellen Überweisung des Hausarztes vorliegt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen zur Übermittlung der Berichte weiter- oder mitbehandelnder Ärzte an die Hausärzte wird stringenter ausgestaltet. Dies ist zu befürworten, da hierdurch die Qualität der Versorgung einschließlich der Kommunikation der beteiligten Leistungserbringer verbessert werden kann. Im Interesse der Patienten wäre anzustreben, dass auch Hausärzte verpflichtet werden, mit- und weiterbehandelnden Ärzten erforderliche Informationen zur Verfügung zu stellen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vereinbarung von Qualitätsstandards für Hausärzte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 73 Abs. 1c SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der KBV gemeinsam und einheitlich das Nähere über Inhalt und Umfang sowie qualitative Mindeststandards für die Anforderungen an die hausärztliche Tätigkeit.

4. Bewertung/Stellungnahme

Das Erfordernis zur Vereinbarung von Qualitätsstandards wird begrüßt. Wie die Teilnahme an der Versorgung von Hausärzten, die die Anforderungen nicht erfüllen, erfolgen soll, ist abschließend nicht geklärt. Hier wäre eine Klarstellung notwendig. Eine zeitliche Synchronisation mit den Möglichkeiten zur Einschreibung der Versicherten in ein Hausarztmodell ist erforderlich.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arzneimittel-Information für Ärzte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 73 Abs. 8 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise der Ärzte informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte über preisgünstige Leistungen.

Neu aufgenommen wurde auch die Möglichkeit eine Referenzsubstanz, neben den Indikationen und dem therapeutischen Nutzen anzugeben.

Die Informationen sind derart aufzubereiten, dass ein unmittelbarer Vergleich möglich ist. Um Tagestherapiekosten einheitlich angeben zu können, soll Bezug genommen werden auf die Angaben der Tagesdosen zur Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation, die vom DIMDI auf Basis der WHO-Klassifikation für den deutschen Markt angepasst wird.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die neu aufgenommene Regelung zur Angabe einer Referenzsubstanz (ermöglicht; dem Arzt eine Abschätzung der Verhältnismäßigkeit des Einsatzes von Arzneimitteln wird unterstützt.

Bislang problematische - weil durch Hersteller klagebedrohte - Aufklärung des Arztes durch die KBV oder die KVen finden nun eine explizite gesetzliche Legitimation. Die Regelung wird daher inhaltlich unterstützt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anpassung der Regelungen über die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrag

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Gewährleistungspflicht der vertragsärztlichen Versorgung umfasst nicht vertragsärztliche Leistungen im Rahmen von Einzelverträgen

4. Bewertung/Stellungnahme

Folgeänderungen aus den Regelungen zu Einzelverträgen für Fachärzte und die Zulassung der Gesundheitszentren.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Erweiterung der freien Arztwahl auf Fachärzte und Gesundheitszentren

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 76 Abs. 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der Grundsatz der freien Arztwahl erstreckt sich auch auf die Fachärzte mit Einzelverträgen und Gesundheitszentren

4. Bewertung/Stellungnahme

Folgeänderung durch die vorgesehenen Einzelverträge für Fachärzte und die Zulassung der Gesundheitszentren.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Organisation des KV/KZV-Systems

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 77 - 81 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Definition von Größenordnungen (mehr als 12.000 Ärzte/6.000 Zahnärzte) für die Beibehaltung von mehr als 1 KV/1 KZV je Bundesland, Als Stichtag wird der 01.01.2004 festgesetzt
- Als Organe der KV sollen eine Vertreterversammlung als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet.
- Die Wahlen erfolgen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen können längstens bis zum 31. Dezember 2007 unterschiedliche Verteilungsmaßstäbe gemäß § 85 Abs. 4 für die bisherigen Zuständigkeitsbereiche der vereinigten Kassenärztlichen Vereinigungen anwenden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen führen in Teilen zu einer Verdichtung und Straffung der Organisationsstrukturen. Durch Verringerung der Zahl der KVen zugunsten größerer Organisationseinheiten werden Ineffizienzen auf KV-Seite ansatzweise beseitigt.

Die Neuorganisation der KVen durch einen hauptamtlichen Vorstand und Vertreterversammlung ist im Hinblick auf eine notwendige Professionalisierung der KV-Führungen positiv zu werten. In diesem Zusammenhang ist die Einführung des Verhältniswahlrechts zu begrüßen, um eine Berücksichtigung aller vertretenen ärztlichen Fachgruppen zu ermöglichen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Korruptionsbekämpfungsstellen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 81 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Neueinrichtung einer Korruptionsbekämpfungsstelle bei den KVen (§ 81 a), den Krankenkassen (§ 197 a) sowie die Berufung eines Beauftragten "zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen" beim BMGS (§ 274 a - § 274c).

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, die beteiligten Stellen bei der Aufklärung von strafbaren Handlungen im Zusammenhang mit Falschabrechnungen zukünftig stärker in die Pflicht zu nehmen sowie die Berufung eines Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, wird begrüßt.

Sofern tatsächlich bei jeder Kassenärztlichen Vereinigung eine organisatorische Einheit zur Bearbeitung von auffälligen Abrechnungen geschaffen wird, besteht im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen die Gefahr, dass derselbe Sachverhalt von beiden Körperschaften aufgegriffen und jeweils an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet wird. Um dies zu vermeiden, ist es erforderlich, bereits im Gesetz die nähere Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu konkretisieren.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten im Rahmen der Zusammenarbeit verpflichtet werden, unverzüglich die erforderlichen Auskünfte zu geben und die notwendigen Daten, einschließlich der personenbezogenen Daten zur Verfügung zu stellen sowie die betroffenen Krankenkassen zeitnah über die erstatteten Strafanzeigen zu unterrichten.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Grundsätze der Gesamtverträge

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 82 Abs. 3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Redaktionelle Folgeänderung

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Gesamtverträge (Plausibilitätsprüfung)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 83 Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Alle bisherigen Regelungen und auch alle neu geplanten Änderungen zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit und der sachlichen Richtigkeit der Leistungsabrechnung (Plausibilitätsprüfungen) werden aus § 83 Abs. 2 SGB V herausgelöst und in den neugefassten § 106a SGB V überführt.

4. Bewertung/Stellungnahme

siehe § 106a SGB V

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 84 Absätze 3 und 4a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die bislang vorgesehenen Regelung, Überschreitungen der Ausgabenvolumina zum Gegenstand der Gesamtverträge zu machen, wird konkretisiert. Nunmehr sind diese Überschreitungen auszugleichen.

Weiterhin ist in der Arzneimittelvereinbarung ein Betrag in Höhe von mindestens 0,5% der Gesamtvergütung zu bestimmen, der für Maßnahmen wie z.B. Pharmakotherapieberatung und Bonuszahlungen an Ärzte, die die Richtgrößen einhalten, Anwendung finden soll.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen werden begrüßt.

Mit den vorgesehenen Maßnahmen werden stärkere Anreize für ein kostenbewusstes Ordnungsverhalten gesetzt. Zusammen mit den Maßnahmen zur Information und Beratung von Vertragsärzten über die Arzneimitteltherapie können sie dazu beitragen, die Ausgabenvolumina für Arzneimittel zu stabilisieren.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Gesamtvergütung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 85 Absätze 1 und 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Wegfalls des § 83 Abs. 2 SGB V

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Finanzierung neuer vertragsärztlicher Leistungen (Relativierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 85 Abs. 3 Satz 3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Durch den neuen Satz 3 wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V), der gemäß vorhergehendem Satz bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen für die Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen grundsätzlich zu beachten ist, aufgeweicht.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die hier vorgesehene Möglichkeit bestand - wenn auch restriktiver formuliert - bereits durch die Formulierung in § 71 Abs. 1 Satz 1, nach der Vereinbarungen über Vergütungen beitragsatzsteigernd wirken dürfen, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist.

Die Regelung ist daher entbehrlich.

Sollte an den grundsätzlichen Vorstellungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren festgehalten werden, sind im Umkehrschluss verpflichtende Regelungen für die Bereinigung der Gesamtvergütung erforderlich.

Konkrete Vorgaben für die Bereinigung der Gesamtvergütungen sind erforderlich, da die geplante Einschränkung bzw. Streichung der Leistungsansprüche bei Sterilisation und künstlicher Befruchtung im ambulanten Bereich ansonsten nicht zu Ausgabenreduzierungen (wie vom Gesetzgeber in Aussicht gestellt) führen würde.

5. Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag für einen neuen Satz 4 (an Stelle des 2. Halbsatzes des neuen Satz 3):

"Die Vertragspartner sind verpflichtet, die Gesamtvergütungen um die Vergütungsanteile der Leistungen zu vermindern, die durch Änderungen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen oder auf Grund von Prüfungen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen"

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Gesamtverträge/Berechnung der Gesamtvergütung

2. Rechtsvorschriften

§ 85 Abs. 3a SGB V (Vereinbarung der Gesamtvergütungen)

- Im Entwurf zum GMG sind hierzu bislang keine Neuregelungen vorgesehen -

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Fortschreibung der derzeitigen Gesamtvergütungen im vertragsärztlichen Bereich führt durch systemimmanente Quersubventionierungen zwischen den einzelnen Krankenkassen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu Wettbewerbsverzerrungen. Sie ist zudem weder leistungs- noch qualitätsorientiert.

Eine Korrektur bzw. Neujustierung der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung ist daher erforderlich. Damit wird eine Chancengleichheit für die Kassen hergestellt und - auch im Interesse der Leistungserbringer - eine leistungsorientierte Grundlage gebildet, die den aktuellen Leistungsbedarfs abbildet.

Aufgrund des Aufeinandertreffens von kassenindividuellen Einzelvertragslösungen und Integrationsversorgungen ist es erforderlich, auch das bislang vorgesehene Kollektivvertragsrecht im Bereich der Regelungen über die Gesamtverträge anzupassen und es einzelnen Krankenkassen oder von Ihnen gebildeten Gemeinschaften (auch unterschiedlichen Kassenarten) zu ermöglichen, Verträge mit den KVen zu vereinbaren.

4. Bewertung/Stellungnahme

§ 85 Abs. 3 a SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

"Die nach Abs. 3 und § 71 Abs. 2 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen ab dem Jahr 2004 beziehen sich auf das rechnerische Vergütungsvolumen, das sich aus der Multiplikation des versichertenbezogenen Leistungsbedarfs der einzelnen Krankenkasse mit dem durchschnittlichen Punktwert aller Krankenkassen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung des Jahres 2002 ergibt."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Honorarverteilungsmaßstab

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 85 Abs. 4 Sätze 2 und 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die KV wendet den mit den Verbänden der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam vereinbarten Verteilungsmaßstab an (anstelle der bisherigen Benehmensherstellung).

Die Förderung der psychotherapeutischen Leistungen (bzw. das Unterbinden des Verfalls der Vergütung dieser Leistungen im HVM) wurde ausgedehnt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelungen zum HVM sind grundsätzlich zu begrüßen. Ein gemeinsam und einheitlich von den Verbänden der Krankenkassen mit der KV zu vereinbarendes HVM ist jedoch abzulehnen.

Derzeit existieren in fast allen KV-Bereichen getrennte Honorarverteilungsmaßstäbe, einer für die Primärkassen und einer für die Ersatzkassen. Dies ist erforderlich, um dem unterschiedlichen Leistungsanspruchsnahmeverhalten der Versicherten aber auch den unterschiedlichen Vergütungsniveaus andererseits Rechnung zu tragen. Eine Zusammenführung der Honorare in einem gemeinsamen Honorarverteilungsmaßstab würde zu einer weiteren Unterstützung der durch die RSA-Systematik bereits bei der Honorarzahmung einseitig privilegierten Primärkassen führen und ist ordnungs- und wettbewerbspolitisch nicht gerechtfertigt.

Die Interessenlagen zwischen KV und den einzelnen Kassenverbänden können so unterschiedlich sein, dass ein freiwilliger Abschluss nicht möglich ist. Für diesen Fall sollte ein Konfliktlösungsmechanismus konstituiert werden

Änderungsvorschlag

§ 85 Absatz 4 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

Sie wendet dabei den mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden vereinbarten Verteilungsmaßstab an.

Im übrigen ist die Sicherstellung einer angemessenen Höhe für die Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Honorarverteilung im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 85 Abs. 4 Sätze 6 - 9 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Satz 6 stellt heraus, dass der HVM so auszugestalten ist, dass eine übermäßige Ausweitung vertragsärztlicher Leistungserbringung verhindert wird.

Die Änderungen der Sätze 7 und 8 sehen vor, dass die bisher bestehende Option, Regelleistungsvolumen im HVM vorzusehen, nunmehr obligatorisch wird.

Die vom Bewertungsausschuss aufgestellten Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen - insbesondere auch die noch zu beschließenden zu den Regelleistungsvolumina - werden gem. Satz 9 Bestandteil der Honorarverteilungsmaßstäbe.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Festlegungen des Bewertungsausschusses zu innerärztlicher Honorarverteilung, insb. Regelleistungsvolumina

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 85 Abs.4a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der Bewertungsausschuss bekommt die Aufgabe übertragen, Vorgaben zu

- der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (jetzt sämtlicher)
- den Regelleistungsvolumina

festzulegen. Außerdem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, dem Bewertungsausschuss zur Erfüllung seiner Aufgaben die erforderlichen Daten in der Form, wie dieser sie ihnen vorgibt, zur Verfügung zu stellen.

Der Bewertungsausschuss soll dem BMGS zukünftig jährlich bis zum 31.10. einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung (im Vorjahr) vorlegen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Diese Regelungen werden begrüßt. Sie schaffen Transparenz und ermöglichen eine bundeseinheitliche Verfahrensweise.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
(EBM; Verzeichnis sämtlicher vertragsärztlichen Leistungen)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 87 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Beim § 87 sind eine Vielzahl von Änderungen vorgesehen; dies sind im Einzelnen:

- Abs. 2, S. 1: Ergänzung des EBM um Angaben zum mindestens erforderlichen Zeitaufwand je ärztlicher Leistung
- Abs. 2, S. 2: Bewertung von Leistungen unter Einsatz medizinisch-technischer Geräte unter der Prämisse wirtschaftlicher Auslastung
- Abs. 2a, S. 1+ 2: Bildung von Fallpauschalen für eine kooperative Versorgung durch Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen
- Abs. 2a, S. 5 + 6: Bildung von nach Morbiditäten differenzierten Versichertenpauschalen für die hausärztliche Versorgung und
- Abs. 2a, S. 5 [alt]: Aufnahme von Regelungen im HVM, dass diese nur durch einen Arzt abgerechnet werden können sowie zum Arztwechsel
- Abs. 2a, S. 4 2. Halbsatz [alt]: Bildung facharztgruppenspezifischer Untergliederungen mit von diesen ausschließlich abrechenbaren Leistungen
- Wegfall der Regelung zu den Obergrenzen je Arztpraxis
- Abs. 2a, S.7: Bestimmung der Leistungen durch den Bewertungsausschuss, für die eine abgestaffelte Vergütung bei steigender Leistungserbringung vorzusehen ist
- Abs. 2c: Umformulierung zum wirtschaftlichen Einsatz veranlasster medizinisch-technischer Leistungen)
- Abs. 6 [neu]: Schaffung der Möglichkeit einer Ersatzvornahme der Beschlüsse des Bewertungsausschusses durch das BMGS

4. Bewertung/Stellungnahme

zu Abs. 2, S. 1:

Ergänzung des EBM um Angaben zum mindestens erforderlichen Zeitaufwand je ärztlicher Leistung

Dies erhöht die Transparenz der Bewertung der einzelnen Leistungen im EBM und eröffnet den Krankenkassen bessere Möglichkeiten der Abrechnungsprüfung einzelner Ärzte. Dies ist generell und auch im Hinblick auf mögliche Einzelverträge

zu begrüßen. Auch sind diese Angaben für die zukünftig verpflichtend vorgesehene Plausibilitätsprüfung nach § 106 a (neu) SGB V erforderlich.

zu Abs. 2, S. 2:

Bewertung von Leistungen unter Einsatz medizinisch-technischer Geräte unter der Prämisse wirtschaftlicher Auslastung und

zu Abs. 2c:

Umformulierung zum wirtschaftlichen Einsatz veranlasster medizinisch-technischer Leistungen

Die Regelung ist zu begrüßen, um der insb. bei der Erbringung med.-techn. Leistungen in der Vergangenheit zu beobachtenden Tendenz zum expansiven Einsatz dieser Geräte (um eine Wirtschaftlichkeit zu erzielen) entgegenzuwirken.

In die gleiche Richtung zielt die Neuregelung des Abs. 2 c. Die dort vorgesehene veranlasserbezogene Vergütungsregelung für Leistungen mit med.-techn. Großgeräten wurde bislang nicht umgesetzt. Die Umformulierung dient der Klarstellung. Da es sich um eine Kann-Regelung handelt, bleibt die Umsetzung allerdings ungewiss.

zu Abs. 2a, S. 1 + 2:

Bildung von Fallpauschalen für eine kooperative Versorgung durch Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen

zu Abs. 2a, S. 5 + 6:

Bildung von nach Morbiditäten differenzierten Versichertenpauschalen für die hausärztliche Versorgung und

zu Abs. 2a, S. 5 [alt]:

Aufnahme von Regelungen im HVM, dass diese nur durch einen Arzt abgerechnet werden können sowie zum Arztwechsel

Mit der erklärten Bereitschaft, Pauschalen durch die Selbstverwaltung vereinbaren zu lassen, soll den in der ambulanten Versorgung aufgrund der Einzelleistungshonorierung des EBM immanenten Anreizen zu einer Leistungsmaximierung begegnet werden. Damit soll der politische Wille, eine Aufhebung der vertragsärztlichen Budgetierung zu ermöglichen, realisiert werden.

Bei den im fachärztlichen Bereich vorgesehenen diagnosebezogenen Pauschalen muss der Pauschalen immanenten Tendenz der Leistungsminimierung begegnet werden.

Die Auswirkungen der im hausärztlichen Bereich vorgesehenen morbiditätsorientierten Pauschalen sind jedoch kritisch zu hinterfragen. Zum einen bergen Vergütungssysteme, in denen der Leistungserbringer allein Morbidität definiert, erhebliche Kostenrisiken.

Zudem sind krankheitsbezogene Pauschalen nicht zwingend in sich konsistent, da Co-Morbiditäten zu unterschiedlichen Behandlungsleistungen führen und unterschiedliche Qualifikationen erfordern. Eine abstrakte Ermittlung der Pauschalen würde - je nach Verteilung der Patienten auf die einzelnen Arztpraxen - innerhalb kurzer Zeit erneut zu massiven Verzerrungen sowohl im hausärztlichen Bereich als auch im fachärztlichen Bereich führen.

Bei der Entwicklung und dem Einsatz von Fallpauschalen für den ambulanten Bereich ist auf ein weiteres Problem hinzuweisen. Während im stationären Bereich eine Institution Erbringer der betreffenden Versorgungsleistungen und somit Empfänger der Pauschalvergütung ist, sind im ambulanten Bereich größtenteils verschiedene Leistungserbringer an der Versorgung eines Patienten beteiligt.

Die vorgesehene Bildung von Pauschalen auf der Basis von Punktzahlbewertungen ohne flankierende Preiskomponente würde das Problem unterschiedlicher Vergütungen für gleiche Leistungen bzw. das Problem der Vergütungsabstände fort schreiben. Es ist daher erforderlich, nicht nur relative Punktzahlbewertungen, sondern absolute Vergütungshöhen zu definieren, um zukünftig Verwerfungen in der tatsächlichen Vergütung der Leistungen abzubauen. Dies setzt eine vollständige Neuberechnung der Ausgangsvergütungen für die einzelnen Krankenkassen voraus.

zu Abs. 2a, S. 4 2. Halbsatz [alt]:

Bildung facharztgruppenspezifischer Untergliederungen mit von diesen ausschließlich abrechenbaren Leistungen

Diese Regelung dient dem Ziel, die insgesamt erbrachte und abgerechnete Leistungsmenge zu begrenzen. Sie ist zu begrüßen.

zu Abs. 2a, S. 7:

Bestimmung der Leistungen durch den Bewertungsausschuss, für die eine abgestaffelte Vergütung bei steigender Leistungserbringung vorzusehen ist

Die bereits nach bisherigem Recht bestehende, aber nicht genutzte Möglichkeit, eine Abstufung der Vergütung bei zunehmender Leistungserbringung für bestimmte Leistungen (insb. medizinisch-technischer Natur) vorzusehen, wird durch die mit Frist bis Ende 2004 versehene Regelung gefördert. Dies ist zu begrüßen, um Wirtschaftlichkeitsreserven im Falle von Mengendegressionseffekten zu erschließen. Der Gesetzestext sollte aber noch dahingehend ergänzt werden, dass gleichzeitig auch bereits die konkrete abgestaffelte Bewertung für diese Leistungen zu bestimmen ist.

Wegfall der Regelung zu den Obergrenzen je Arztpraxis

Notwendige Änderung aufgrund des Wegfalls der Praxisbudgets. Diese sollen durch die Regelleistungsvolumina in den Honorarverteilungsmaßstäben ersetzt werden.

zu Abs. 6 [neu]:

Schaffung der Möglichkeit einer Ersatzvornahme der Beschlüsse des Bewertungsausschusses durch das BMGS

Die vorgesehene Möglichkeit einer Ersatzvornahme der Beschlüsse des Bewertungsausschusses durch das BMGS bei nicht rechtzeitiger Beschlussfassung des Bewertungsausschusses oder Nichtberücksichtigung der Beanstandungen durch

das BMGS ist i.S. einer Beschleunigung notwendiger Beschlüsse zu begrüßen. Allerdings bleibt unklar, wie der erhebliche notwendige Sachverstand z.B. zur Ausgestaltung der morbiditätsorientierten hausärztlichen Versichertenpauschalen und der fachärztlichen Fallpauschalen seitens des BMGS eingebracht werden kann. Alternativ kann das BMGS aber auch (zunächst) den erweiterten Bewertungsausschuss anrufen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Abschluss niedrigerer Preise durch Einzelverträge der Krankenkassen mit Zahntechnikern

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 88 Abs. 2 Satz 2 SGBV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Vorschrift ermöglicht den Krankenkassen, Verträge mit Zahntechnikern zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität abzuschließen und verpflichtet sie gleichzeitig, ihre Versicherten und die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten zu informieren.

4. Bewertung/Stellungnahme

Eine Erweiterung der Vertragsabschlusskompetenz für die Krankenkasse und ihre Koppelung mit einer Informationsverpflichtung wird unverändert begrüßt und sollte daher im Gesetz wieder aufgenommen werden.

Die bisher schon geltende Regelung, dass die Preise für Praxislabore die für gewerbliche Labore um 5 vom Hundert unterschreiten müssen, wird konsequenterweise auch unter der Festzuschusssystematik fortgeführt und ist zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Schiedsamsverfahren, Ausweitung der Konfliktlösungsinstrumente bei den Schiedsämtern

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 89 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Kommt ein Vertrag durch Schiedsspruch bis zum Ablauf von drei Monaten nicht zu Stande, setzt die Mehrheit der unparteiischen Mitglieder innerhalb eines weiteren Monats den Vertragsinhalt fest.

Kommt ein Vertrag bis zum Ablauf dieser Frist nicht zu Stande und setzt das Schiedsamt auch innerhalb einer von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmten Frist den Vertragsinhalt nicht fest, entscheidet die für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es ist zu befürchten, dass durch die Regelungsansätze Entscheidungen verstärkt durch Dritte festgelegt werden können. Ob dann immer sachgerechte Entscheidungen getroffen werden können, ist zu bezweifeln. Diese Regelung ist entbehrlich.

Während im Entwurf zu § 140d hinsichtlich der Bereinigung der Gesamtvergütungen ein Schiedsamsverfahren möglich ist, fehlt es bei den Einzelverträgen (Bereinigung der Gesamtvergütung) nach § 106 b an einer solchen Regelung. Um auch für diese Vertragsbereiche Konfliktlösungsmechanismen hinsichtlich der Bereinigung der Gesamtvergütungen vorzuhalten, sollten die gesetzlichen Regelungen über Schiedsamsverfahren ergänzt werden. Da es sich hierbei um kassenspezifische oder verbandsbezogene Verträge handelt, ist die Mitwirkung im Schiedsamt entsprechend zu regeln.

5. Änderungsvorschlag

§ 89 Abs. 2 Satz 3 SGB V sollte wie folgt gefasst werden

Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten oder nur einzelne Krankenkassen oder einzelne Verbände betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenart, der einzelnen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes mit.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Landesausschüsse

2. Rechtsvorschriften

§ 90 Abs. 3a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Interessen und Belange der Patienten und der Behinderten sollen künftig über ihre Vertreter auch auf Landesebene in die Entscheidungen der Landesausschüsse zur bedarfsgerechten Versorgung nach §§ 100 (Unterversorgung) und 103 Abs. 1 bis 3 (Zulassungsbeschränkungen) SGB V einfließen.

Den entsprechenden Organisationen auf Landesebene ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch diese Neuregelung werden die Abstimmungen im Landesausschuss bei der Beurteilung von Unterversorgungen und Zulassungsbeschränkungen sicherlich zeitintensiver, aber auch möglicherweise zielorientierter, da in den betreffenden Organisationen möglicherweise Sachverstand vorgehalten wird.

Ohne die Kompetenz der entsprechenden Organisationen im Einzelnen zu kennen, kann diese Ergänzung grundsätzlich positiv betrachtet werden. Verfahrenstechnische Fragen der Beteiligung konkreter Organisationen sind noch zu lösen, um eine Funktionsfähigkeit der Regelung sicherzustellen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Richtlinien des Bundesausschusses

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 92 Abs. 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Erweiterung um den Beschluss einer Richtlinie über Inhalte und zeitlichen Umfang für den Nachweis ärztlicher Fortbildungsmaßnahmen
- Zu einer Empfehlung, die das Zentrum zu einem Bereich abgegeben hat, der in den in Richtlinien zu regeln ist, haben die Bundesausschüsse innerhalb von sechs Monaten nach Abgabe der Empfehlung Richtlinien zu beschließen oder dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gegenüber zu begründen, aus welchen Gründen keine Richtlinien beschlossen werden. Wird bei dem Richtlinienbeschluss von den Empfehlungen abgewichen, ist die abweichende Entscheidung bei der Vorlage der Richtlinien nach § 94 Abs. 1 zu begründen.
- Teilt das Zentrum einem Ausschuss mit, dass eine Empfehlung zu einem Bereich abgegeben wird, zu dem der Ausschuss eine Beschlussfassung beabsichtigt, darf dieser erst entscheiden, wenn die Empfehlung vorliegt oder innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Mitteilung nicht gegeben worden ist.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Steigerung der Kompetenz der Bundesausschüsse, in Richtlinien Eckpunkte für die Fortbildungsmaßnahmen definieren, sind zu begrüßen. Aufgrund der Einbindung des BÄK können zudem bundesweit gültige Mindestanforderungen an Fortbildungsmaßnahmen realisiert werden.

Die Entscheidungsprozesse der Bundesausschüsse werden in erheblichem Maße vom Zentrum beeinflusst.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zulassung von Gesundheitszentren

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 95 Abs. 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Erweiterung des Kreises der zugelassenen Einrichtungen um Gesundheitszentren

4. Bewertung/Stellungnahme

Hier werden die gesetzlichen Voraussetzungen für die Teilnahme von Gesundheitszentren an der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Verbesserung der ärztlichen Fortbildung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, §§95 Abs.2b, 2c, 95 d SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Verpflichtung des Vertragsarztes sich fortzubilden
- Fortbildungsnachweis gegenüber Zulassungsausschuss alle 5 Jahre.
- Weitere Zulassung ist vom Fortbildungsnachweis abhängig.
- Auch bereits zugelassene Ärzte müssen Fortbildung nachweisen.
- Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen und ausschließlich fachliche Themen behandeln.
- Die Fortbildungsmaßnahmen müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.
- Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen haben in Richtlinien über Fortbildungsmaßnahmen zu erlassen; erstmals bis zum 31.12.2004.
- Vor der Entscheidung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen ist der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer und vor Entscheidung des Bundesausschusses der Zahnärzte und der Krankenkassen ist der Bundeszahnärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.
- Nachweis über Fortbildung gilt auch für Ärzte der Gesundheitszentren.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die ärztliche Fortbildung ist reformbedürftig, um Behandlungssicherheit zu erhöhen. Es gehört zu den schweren Mängeln des Gesundheitssystems, dass ein Arzt nach vertragsärztlicher Zulassung bis zum Eintritt in den Ruhestand mit 68 Jahren seine Praxis ohne jegliche Fortbildungszertifizierung betreiben darf. Die Regelungen sind daher ausdrücklich zu begrüßen und stellen einen großen Fortschritt dar.

Es besteht die Notwendigkeit, dass Qualitätsmerkmale und Weiterbildungsaktivitäten einzelner Vertragsärzte gegenüber den Patienten transparent gemacht werden können. Die damit verbundene Förderung des Qualitätswettbewerbs macht eine entsprechende Liberalisierung des Wettbewerbsverbotes erforderlich.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Einbeziehung der Gesundheitszentren in Folgen kollektiven Zulassungsverzicht

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 95b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Entsprechend der Regelungen für Vertragsärzte werden hier Regelungen für die Gesundheitszentren geschaffen

4. Bewertung/Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Unterversorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 100 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Neu eingefügt wird lediglich folgender Satz:

"Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (§ 101) um fünfundzwanzig vom Hundert unterschritten wird."

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch die neue Regelung wird Eindeutigkeit und Sicherheit geschaffen, ab welchem Grad der Unterschreitung der entsprechenden Messzahlen Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung zu ergreifen sind. Die Neuregelung ist daher zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anpassung der Bedarfsplanung an die Neudefinition des Sicherstellungsauftrags

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 101 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nach § 106a SGB V werden Neuzugänge von Vertragsärzten in die fachärztliche Versorgung (Ausnahme Frauen- und Augenärzte), nicht mehr auf dem klassischen Zulassungsweg, sondern im Wege von Verträgen zwischen Krankenkassen, deren Verbänden und Ärzten, erfolgen. Gleiches gilt auch für den Bereich der Psychotherapeuten. Daher erfolgt eine Streichung, da Regelungen zur Überversorgung hier keine Anwendung mehr finden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Aufgrund der Neuaufnahme des § 106a SGB V (Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch Einzelverträge) wurde eine Anpassung des § 101 SGB V notwendig.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zulassungsbeschränkungen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 103 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der neu eingefügte Abs. 4a ermöglicht niedergelassenen Ärzten in einer überversorgten Region, wenn sie künftig in einem der neuen Gesundheitszentren tätig sein wollen, ihren Zulassungsstatus aufzugeben. Es wird von einer "Übertragung der Zulassung" gesprochen, der Zulassungsausschuss kann diese nicht verwehren.

Ebenfalls kann eine solche Zulassungsübertragung in ein Gesundheitszentrum stattfinden, wenn beim Ende einer Zulassung (bspw. Altergründe oder Tod) der Nachfolger die Praxis übernimmt. Die Bedarfsplanung findet hierbei keine Anwendung. Arztstellen in Gesundheitszentren können auch bei Überversorgung in der betreffenden Region besetzt werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen werden begrüßt. Den Ärzten wird mit den Regelungen der Wechsel ihrer Tätigkeit in Gesundheitszentren erleichtert. Dies erfolgt "bedarfsplanungsneutral", auch Zulassungssperren in Regionen mit Überversorgung bleiben dabei unberücksichtigt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Sicherstellungszuschläge für Vertragsärzte in unterversorgten Gebieten

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 105 Abs.1 S.1 2. Halbsatz + Abs. 4 SGB V (neu)

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

In den Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine ärztliche Unterversorgung gem. § 100 Abs. 1 SGB V festgestellt hat, können neben mittelbaren finanziellen Förderungen auch direkte Zahlungen an Vertragsärzte in Form von Sicherstellungszuschlägen erfolgen (soweit handelt es sich lediglich um eine gesetzliche Klarstellung). Über deren Gewährung sowie Voraussetzungen, Konditionen, etc. entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Die Sicherstellungszuschläge sind von der KV und den Krankenkassen jeweils hälftig zu tragen; insgesamt darf die Summe der Sicherstellungszuschläge 1 % der an die KV entrichteten Gesamtvergütungen (über alle Kassenarten) nicht überschreiten. Die Aufteilung des Betrages auf die einzelnen Krankenkassen obliegt dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Eine Gewährung von "Sicherstellungszuschlägen" o.ä. ist bereits nach geltendem Recht möglich. Wesentlich an der neuen Regelung ist, dass derartige Zuschläge zum Honorar nun paritätisch von der KV und den Kassen zu tragen sind. Damit ist ein zusätzliches Ausgabenpotenzial i.H.v. 0,5% der ärztlichen Gesamtvergütung gegeben (GKV-weite Betrachtung); das Primat des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist damit zumindest im ambulanten ärztlichen Bereich durchbrochen.

Bislang obliegt es allein den KVen, im Rahmen ihrer internen Honorarverteilung die Einhaltung des ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrages zu gewährleisten. Gem. § 85 Abs. 1 SGB V entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung an die KVen. Dieser Grundsatz wird nunmehr durchbrochen. Aus diesem Grund und aufgrund der finanziellen Zusatzbelastung (jede KV wird natürlich versuchen, derartige Sicherstellungszuschläge geltend zu machen), die für die einzelne Krankenkasse je nach nicht zu prognostizierendem Aufteilungsbeschluss im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auch größer als 0,5 % der Gesamtvergütung ausfallen kann, wird die vorgeschlagene Gesetzesregelung abgelehnt. Es kann nicht Aufgabe der Krankenkassen sein, insb. auch aus innerärztlicher Honorarverteilung resultierende Versorgungsprobleme durch zusätzliche finanzielle Aufwendungen auszugleichen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 106 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Abschaffung der Durchschnittsprüfung (Auffälligkeitsprüfung) zum 31.12.2003, es gibt dann nur noch Richtgrößen-Prüfungen, der Prüfzeitraum beträgt ein Jahr.
- Bei den Stichprobenprüfungen beträgt der Prüfzeitraum künftig mindestens ein Jahr
- Für die Prüfung weniger inhomogener Fachärzte dürfen keine Sonder-Fachgruppendurchschnittswerte mehr gebildet werden
- Die KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsame Richtlinien zur Durchführung der Stichprobenprüfung bis zum 31.12.2004 zu vereinbaren.
- Amtsdauer im Prüfungsausschuss beträgt 2 Jahre. Den Vorsitz führt ein Unparteiischer. Erfolgt keine Einigung über Vorsitz, Stellvertreter und Sitz des Prüfungsausschusses, kann die Aufsicht dieses benennen.
- Prüfungsausschüsse werden von Geschäftsstellen unterstützt. Diese können bei einer KV, einem Kassenverband oder einer bestehenden Arbeitsgemeinschaft errichtet werden. BMGS kann durch Rechtsverordnung das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsausschüsse und der Geschäftsstellen bestimmen.
- Widerspruch gegen Bescheide der Berufungsausschüsse ist nur noch von Ärzten, ärztlich geleiteten Einrichtungen und der betroffenen Krankenkasse möglich, nicht mehr von Krankenkassenverbänden oder von Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Einhaltung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu verordneten Leistungen ist zu prüfen, soweit dieses auf § 35b (Empfehlungen zu Arzneimitteln) beruhen.
- Regressbeträge vermindern die von den Kassen zu entrichtende Gesamtvergütung (§ 85). Die KVen können in ihrer Satzung regeln, dass der einzelne Arzt eine vollständige oder teilweise Erstattungspflicht für die Verringerung der Gesamtvergütung hat, um sicherzustellen, dass er wirtschaftlich nicht gefährdet wird. Auf den Regress kann verzichtet werden, wenn der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart. Diese gilt ab dem Folgequartal der Vereinbarung und für 4 Quartale. Der Arzt muss bei Überschreitung der individuellen Richtgröße den Mehraufwand an die Kassen erstatten.

- Wegfall der Beschwerdeausschüsse vor dem Hintergrund der vorgenannten arztindividuell zu vereinbarenden Richtgrößen, daher gibt es auch keine Widerspruchsverfahren mehr. Die Prüfungsausschüsse und deren Geschäftstellen unterliegen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen Verwaltungsbehörden. Die Prüfungsausschüsse erstellen jährlich eine Übersicht über die Zahl der durchgeführten Prüfungen und die von ihnen festgesetzten Maßnahmen zur Vorlage an die Aufsicht.
- Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung unterliegen nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- Zweifelt ein überprüfter Arzt die Richtigkeit der Daten, aufgrund derer die Prüfung durchgeführt wurde, an, so entscheidet der Prüfungsausschuss künftig darüber, ob die Zweifel begründet sind und ob eine stichprobenweise Überprüfung aufgrund von Originalbelegen oder Kopien dieser Belege durchzuführen ist.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen werden in ihrer Gesamtdiktion begrüßt. Sie helfen dabei, die aus der Anwendung der Wirtschaftlichkeitsprüfung erkannten Defizite abzubauen. Durch die Straffung der Prüfstrukturen (Wegfall der Beschwerdeausschüsse) können bisherige Ineffizienzen abgebaut werden.

Als problematisch erweist sich jedoch, dass die Prüfung der ärztlich verordneten Leistungen erst nach Ablauf eines Jahres erfolgen können. Dies wird nicht dazu beitragen, auf steigende Arzneimittelausgaben zeitnah reagieren zu können.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vereinheitlichung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 106a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Neuregelung schafft in Form von Richtlinien, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV abzustimmen sind, eine bisher nicht vorhandene Verbindlichkeit und Konkretisierung zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen (Anzahl, Häufigkeit etc.).

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung ist zu begrüßen. Sie kann dazu beitragen, dass die Plausibilitätsprüfung in jedem KV-Bereich fester Bestandteil des Prüfablaufs wird.

Inhalt und Durchführung der Prüfungen soll in gemeinsamen Vereinbarungen geregelt werden. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch hat der Gesetzgeber hier keine Frist genannt, bis zu der diese Vereinbarungen zu schließen sind. Es ist davon auszugehen, dass diese gemeinsamen Vereinbarungen dann nur schleppend, zögerlich oder gar nicht abgeschlossen werden, so wie bereits in der Vergangenheit. Hier wären konkrete Vorgaben erforderlich.

Zudem werden die Krankenkassen verpflichtet, Prüfunterlagen beizubringen, aber an der Plausibilitätskontrolle nicht aktiv beteiligt. Die vorgesehene unverzügliche Information über die Durchführung und Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle ist suboptimal.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch Einzelverträge

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 106 b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Abschluss von Einzelverträgen für einzelne Kassen mit geeigneten Fachärzten, Psychotherapeuten und Gesundheitszentren zur Sicherstellung der ambulanten und belegärztlichen fachärztlichen Versorgung zum 01.01.2005.
- Verträge können auch mit geeigneten Krankenhausärzten geschlossen werden, soweit und solange eine ausreichende Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist.
- Gesundheitszentren müssen fachübergreifend tätig sein, mit Ausnahme von Gesundheitszentren, die ausschließlich Dialyse erbringen
- Spitzenverbände legen einheitlich bis zum 30.06.2004 Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der Versorgung fest. Hierzu gehören auch Vorgaben für die Eignung der ambulant tätigen Ärzte.
- Einzelverträge werden ausgeschrieben.
- Einzelverträge mit neuen Ärzten müssen nicht das gesamte fachärztliche Leistungsspektrum abdecken. Bereits vorhandene Vertragsfachärzte können nur mit dem gesamten ärztlichen Leistungsspektrum herausoptieren.
- Kassenverbände haben gemeinsam mit den Kassen bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.
- Exklusivverträge sind unwirksam
- Richtlinien der Bundesausschüsse und bundesmantelvertraglich geregelte Qualifikationsvoraussetzungen sind zu berücksichtigen
- Obligatorische Altersgrenze gilt entsprechend
- Bereinigung der Gesamtvergütung
- Können fachärztliche Leistungen nicht auf der Basis von Einzelverträgen sichergestellt werden, können sich die Versicherten die Leistungen selbst beschaffen und haben einen Anspruch auf Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Leistung nach § 13 Abs. 3 SGB V (s. Gesetzesbegründung)

4. Bewertung/Stellungnahme

Die vorgesehenen Einzelvertragsansätze sind ein erster Schritt in die richtige Richtung, werden jedoch einen zeitlich nicht abgrenzbaren, nur sukzessiven Veränderungsprozess bedeuten.

Im Rahmen der Flexibilisierung der Vertragskompetenzen sollten daher nicht nur Einzelvertragslösungen mit einzelnen Leistungserbringern oder -gruppen, sondern auch kassenindividuelle Verträge auf KV-Ebene (Honorarverträge) ermöglicht werden.

Auch im Rahmen des weiterhin bestehenden Kollektivvertragsrechts mit den KVen (Hausärzte, Augenärzte, Gynäkologen sowie Fachärzte ohne Einzelverträge) sollte einzelnen Kassen/Gemeinschaften von Kassen die Möglichkeit gegeben werden, individuelle Gesamtvertragslösungen umzusetzen.

Auch für die zahnärztliche Versorgung sollten Einzelvertragslösungen geschaffen werden.

Die vorgesehenen Regelungen verbessern die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Ein qualitätsorientierter Wettbewerb über Vertragsleistungen wird geschaffen, wobei die Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesausschüsse einen einheitlichen Mindeststandard definieren. Allerdings müssen sich im Bereich der Einzelverträge für die fachärztliche Versorgung die Verbände der Kassen gemeinsam mit ihren Kassen über die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung verständigen. Aus der unterschiedlichen Interessenlage der Verbände könnte das Problem erwachsen, dass es zu einem verzögerten Einsatz der Einzelverträge kommt.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass Einzelverträge generell auszuschreiben sind. Durch diese Regelungen wird erstmalig im SGB V die Anwendung des Vergaberechts verankert. Die Implementierung des Vergaberechts bietet positive Ansätze, da Ausschreibungen die Identifikation vertragsbereiter und geeigneter potenzieller Leistungserbringer, insbesondere für bundesweite Krankenkassen, vereinfachen kann. Andererseits erfordert das Vergaberecht die Berücksichtigung hoher formaler Anforderungen (z.B. Leistungsbeschreibung erstellen, Angebote mittels nachvollziehbarer Kriterien überprüfbar bewerten, Ablehnungen individuell begründen, keine nachträgliche Korrektur des Leistungsinhaltes).

Die vorgesehenen Bereinigungsregelungen sind nicht ausreichend. Das Herauslösen der arztbezogenen Punktzahlmenge hätte zur Folge, dass der Leistungsbedarf für Patienten, die bislang von anderen Ärzten behandelt werden, von der Bereinigung nicht erfasst würden. Diese Bereinigung ist jedoch notwendig, um zusätzliche Ausgabenbelastungen der Krankenkassen zu vermeiden. Ebenso fehlen Regelungen darüber, wie eine Bereinigung erfolgt, wenn Leistungen, die bisher im Rahmen des Kollektivvertragsrechts erbracht wurden, durch neu hinzugekommene Fachärzte erbracht werden.

Die Bereinigung der Gesamtvergütung sollte zur Erhaltung der Funktionsweise der Gesamtvergütung in Parallelität zu den Einzelvertragsmodellen unter Berücksichtigung folgender Grundsätze erfolgen:

Bereinigungsregelungen müssen ermöglichen, prospektive Patientenwanderungen (vom Kollektivvertragsarzt zum Einzelvertragsarzt) sowie das Einsteigen neuer Fachärzte in das Einzelvertragssystem zu berücksichtigen.

Alternativ zur im Gesetzentwurf vorgeschlagenen arztbezogenen Bereinigung könnte deshalb ein fallzahlbezogenes Bereinigungsverfahren vorgesehen werden.

Aufgrund der in Abs. 8 letzter Satz vorgesehenen Regelung haben die Gesamtvertragspartner nach § 83 eine Vereinbarung über die Bereinigung der Gesamtvergütung zu treffen. Diese Regelung sollte entfallen, weil die Einzelverträge auf Kassenebene auch nur die kassenindividuelle Gesamtvergütung betreffen. Insofern ist es in diesen Fällen alleine Angelegenheit der einzelnen Krankenkasse, die Bereinigung mit der Kassenärztlichen Vereinigung umzusetzen.

5. Änderungsvorschlag

§ 106 b Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

(8) Beendet ein Leistungserbringer die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkasse durch Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1, ist die Gesamtvergütung zu bereinigen. Die von der Krankenkasse zu zahlende Gesamtvergütung vermindert sich jeweils um das zu Lasten der einzelnen Krankenkasse im Rahmen des Gesamtvertrages abgerechnete und anerkannte fachgruppenbezogene Punktzahlvolumen je Behandlungsfall unter Berücksichtigung des der Krankenkasse durchschnittlich in Rechnung gestellten Punktwertes und der gegenüber der Krankenkasse aktuell abgerechneten Fallzahl. Für die Ermittlung des Bereinigungsbetrages in den Folgezeiträumen meldet die Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung quartalsweise die auf der Grundlage des § 106 b SGB V abgerechneten Behandlungsfälle. Die Krankenkasse vermindert ihre Zahlung der Gesamtvergütung anteilig entsprechend Satz 2 für die ihr von der Krankenkasse benannten Vertragsärzte, mit denen eine vertragliche Vereinbarung nach Absatz 1 getroffen wurde.

(8a) Für Fachärzte, die mit einer Krankenkasse einen Vertrag nach Abs. 1 schließen und zuvor nicht am Sicherstellungsauftrag der KV teilgenommen haben, wird für die erstmalige Bereinigung der Gesamtvergütung der kassenbezogene Durchschnittsfallwert der jeweiligen Fachgruppe zugrunde gelegt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zugelassene Krankenhäuser

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 108 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der Kontrahierungszwang mit Krankenhäusern, die ab 2007 in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden, entfällt. Voraussetzung zur Behandlung von GKV Patienten ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.

Die Hochschulkliniken sind von dieser Regelung ausgenommen und wie bisher durch die Aufnahme in das Hochschulbauförderungsgesetz für die Leistungserbringung zugelassen. Diese Änderung tritt erst zum 01.01.2007 in Kraft.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Abschaffung des Kontrahierungszwanges von Plankrankenhäusern trägt zu einer bedarfsgerechten Versorgung bei und ist zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 109 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

1. Als Folge des Wegfalls des Kontrahierungszwanges im § 108 SGB V und auf der Grundlage der nach dem neu geschaffenen § 109 a SGB V zu vereinbaren Rahmenvorgaben überprüfen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen im Laufe des Jahres 2007 die bestehenden Versorgungsverträge. Wenn erforderlich können die bestehenden Versorgungsverträge im Hinblick auf Leistungsstruktur und Aufgabenstellung konkretisiert werden.
2. Als neues Zulassungskriterium für Krankenhäuser, die nach dem 01.01.2007 einen Versorgungsvertrag erhalten, muss gewährleistet sein, dass diese eine qualitätsgesicherte Versorgung nach Maßstäben der §§ 135 a i. V. m. 137 SGB V anbieten.
3. Bisher stand der Abschluss eines Versorgungsvertrages unter Genehmigungsvorbehalt durch die Landesbehörden. Mit der Neufassung erhält die Landesbehörde nun ein Beanstandungsrecht für den Abschluss, Änderung und Ablehnung eines Versorgungsvertrages. Gegen die Beanstandung ist der Rechtsweg vor den Sozialgerichten gegeben.

Diese Regelung tritt am 01.01.2007 in Kraft.

4. Bewertung/Stellungnahme

1. Die Landesverbände der Krankenkassen erhalten die Möglichkeit konkreten Einfluss auf die Krankenhausstrukturen im Land zu nehmen. Dabei sind die bestehenden Strukturen zu übernehmen, können aber anhand der zu vereinbarenden Rahmenvorgaben gestaltet werden. Bei allen Neuerungen, wie. z. B. dem Aufbau neuer Abteilungen u. ä. sind nicht mehr die Landesbehörden, sondern die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen Ansprech- und Verhandlungspartner der Krankenhäuser.

2. Dass bei einem Abschluss eines Versorgungsvertrages die Qualität zukünftig zusätzlich zur Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit eine Voraussetzung darstellt, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind dann zwingend die externen Qualitätsprogramme nach § 137 SGB V dahingehend auszubauen, dass gute und schlechte Qualität voneinander unterschieden und öffentlich dargestellt werden kann. Im bestehenden Programm, welches rein anonymisiert durchgeführt wird, erfahren z.T. nicht einmal die beteiligten Häuser, die Kassen als Kostenträger des Verfahrens sowieso nicht, wie welches Haus abschneidet.
3. Das Recht zur Beanstandung durch die Landesbehörde führt dazu, dass der Letztentscheid nach wie vor dem Land vorbehalten ist. Damit sind Entscheidungen, die den Vorstellungen der Landesbehörde nicht entsprechen, nur über den Klageweg herbeizuführen. Diese Klagen haben keine aufschiebende Wirkung, so dass Versorgungsstrukturen auch weiterhin gegen den Willen der Landesverbände der Krankenkassen zunächst manifestiert werden.

Über die Klagen entscheidet nicht wie bisher das Verwaltungsgericht, sondern, wie auch alle anderen Klageverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, das Sozialgericht. Diese Änderung ist im Hinblick auf die Bündelung der Zuständigkeit der Gerichtsbarkeit zu begrüßen.

In der Umsetzung der Regelung ist durch den Bundesgesetzgeber zu beobachten, ob grundlegend erforderliche Anpassungen der Angebotsstrukturen im stationären Sektor auch tatsächlich realisiert werden können.

Trotz des systemischen Nachbesserungsbedarfs sind die vorgesehenen Maßnahmen unerlässlich, um die durch die Einführung des DRG-Systems eintretenden Strukturveränderungen auf der Angebotsseite zu flankieren. Wenn dies nicht gelingt, drohen erhebliche Mehrausgaben im stationären Sektor.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 109 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landesbehörde gemeinsam schließen als Grundlage für die Versorgungsverträge nach § 109 SGB V allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben auf Grundlage des DRG Fallpauschalen Systems. Festgelegt werden der Leistungsbedarf (standortunabhängig), Mindestmengen, Aussagen zur Notfallverordnung und Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausbehandlung.

Erstmalig werden die Rahmenvorgaben auf Grundlage der Leistungsdaten des Jahres 2005 bis zum 30.06.2006 für 2007 entwickelt.

Der Letztentscheid liegt im Fall einer Nichteinigung bei der Landesbehörde. Die Krankenhausesellschaften sind anzuhören.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Rahmenvorgabe bildet den Handlungsspielraum der Kassenverbänden bei der Zulassung und Kündigung von Krankenhäusern. Die Kassenverbände haben auch in der Umsetzung der Versorgungsverträge nur begrenzte Möglichkeiten, die bestehenden Strukturen zu verändern.

Für die Rahmenvorgabe sind die Leistungsdaten aller Krankenhäuser notwendig. Die im Rahmen des § 303a SGB V vorgesehene Datenlieferung ist nicht ausreichend. Zur Entwicklung der Rahmenvorgaben sind neben den GKV-Krankenkassendaten (Abrechnungsdaten) auch die Daten der privat versicherten Patienten mit einzubeziehen. Des weiteren ist die in § 303a SGB V vorgesehene Datenstichprobe als Grundlage für die Festlegung und Ermittlung von Leistungsbedarfen im Krankenhausbereich nicht ausreichend.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 110 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

In Folge der Änderungen der §§ 108 - 109a SGB V wird die Kündigungsmöglichkeit für Vertragskrankenhäuser unter die Einhaltung der Rahmenvorgaben sowie die leistungsgerechte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Behandlung gestellt.

Jede Kündigung ist der Landesbehörde anzuzeigen. Bei Beanstandung der Behörde oder bei einer Klage eines Hauses wird der Rechtsweg über die Sozialgerichte vorgegeben.

4. Bewertung/Stellungnahme

Inhaltlich werden die Regelungen aus den §§ 109 und 109a SGB V übernommen. Die Rahmenvorgaben spielen auch bei der Kündigung von Versorgungsverträgen eine entscheidende Rolle. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass erstmals auch unter Qualitätsgesichtspunkten gekündigt werden kann. Zur Zeit fehlen jedoch noch die aussagefähigen externen vergleichenden Qualitätssicherungsverfahren des § 137 SGB V.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Kündigungen von Versorgungsverträgen in der Regel durch gegenteilige Landesentscheidungen nicht durchsetzbar waren. Auch die Neuregelung des § 110 SGB V wird in diesem Zusammenhang keine Änderung herbeiführen. Das Verfahren zur Kündigung von Versorgungsverträgen bleibt nach wie vor aufwendig.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rahmenempfehlung über Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 111b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Bevor Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen abgeschlossen werden können, ist neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zukünftig auch den Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und sonstigen Betroffenen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, welche in den Entscheidungsprozess einzubeziehen sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelungen werden grundsätzlich begrüßt. Um die Praktikabilität zu ermöglichen, bedarf es jedoch einer weiteren Konkretisierung des Kreises der Anhörungsberechtigten bzw. der sie vertretenden Institutionen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung; hier allerdings der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 113 Abs. 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

In § 113 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird die Angabe "§ 83 Abs. 2" durch die Angabe "§ 106a" ersetzt.

§ 113 Abs. 4 SGB V regelt die Prüfungsgrundsätze in Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung in den oben genannten Bereichen.

Die bisherige Prüfung des oben genannten Bereichs fand auf der Grundlage von u.a. § 83 Abs. 2 SGB V statt. § 83 Abs. 2 SGB V wird durch das GMG jedoch aufgehoben.

§ 106a SGB V - idF GMG Entwurf - hat nunmehr die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung zum Inhalt. Die dort bezeichneten Kriterien - im Wesentlichen zur Plausibilitätsprüfung, entsprechend dem ehemaligen Regelungsinhalt von § 83 Abs. 2 SGB V - sollen zur Anwendung gelangen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Notwendige Anpassung durch Aufhebung von § 83 Abs. 2 SGB V.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zweiseitige Verträge über die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 115 Abs.2 S.1 Nr.4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Bislang sieht das Gesetz in § 115 Abs.2 S.1 Nr.4 SGB V die Möglichkeit vor, von den gesetzlichen Fristen zur vor- und nachstationären Behandlung durch einen dreiseitigen Vertrag zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten abzuweichen. Diese Regelung soll ersatzlos gestrichen werden.

Statt dessen soll eine Neuregelung, § 115 a Abs.2 S.4, aufgenommen werden, die ein Abweichen von der gesetzlichen Frist durch einen zweiseitigen Vertrag zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften / Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zulässt. Diese Vereinbarungen sind nach Krankheitsbildern zu differenzieren und im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch die Regelungen wird das Erzielen konkreter Verhandlungsergebnisse erleichtert.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 115 a Abs.2 S.2, 3, 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

a)

Vorgesehen ist eine Verlängerung der Frist für die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus von 7 Behandlungstagen innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung auf einen Monat (§ 115 a Abs.2 S.2).

b)

Bislang sieht das Gesetz in § 115 Abs.2 Nr.4 die Möglichkeit vor, von den gesetzlichen Fristen zur vor- und nachstationären Behandlung durch einen dreiseitigen Vertrag zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten abzuweichen. Diese Regelung soll ersatzlos gestrichen werden. Statt dessen soll eine Neuregelung, § 115 a Abs.2 S.4, aufgenommen werden, die ein Abweichen von der gesetzlichen Frist durch einen zweiseitigen Vertrag zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften / Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zulässt. Diese Vereinbarungen sind nach Krankheitsbildern zu differenzieren und im Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen.

4. Bewertung/Stellungnahme

zu a)

Die Verlängerung der Frist für die nachstationäre Behandlung auf einen Monat nach Beendigung der stationären Behandlung macht die stationäre Nachsorge deutlich anpassungsfähiger an den individuellen Versorgungsbedarf.

Insbesondere bei chronischen Erkrankungen und multimorbiden Versicherten ist die Verlängerung der Frist zur nachstationären Behandlung medizinisch betrachtet sinnvoll und wird dem Versicherten zu Gute kommen. Die Norm stellt einen weiteren Schritt zur Vernetzung der Versorgungsbereiche und zur Optimierung der Versorgungsprozesse dar. Die Regelung wird begrüßt.

zu b)

Dadurch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr als Vertragspartner auftreten, werden die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen grundsätzlich erweitert. Daher ist die Anpassung von drei- auf zweiseitige Verträge zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 115 b Abs.1, 3, 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

a)

Für die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus wird an Stelle der bisherigen Vergütung anhand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes eine fallpauschalenbezogene Vergütung bis spätestens zum 31.12.2004 eingeführt, deren Leistungsumfang im Einzelnen zu bestimmen ist.

b)

Für den Fall einer Nicht-Einigung über die Inhalte (Katalog, Vergütung, Qualitätssicherung) zum ambulanten Operieren bis Ende 2004 kann das BMGS für die Vertragsparteien das Bundesschiedsamt anrufen und einzelne Bereiche im Wege einer Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung regeln.

4. Bewertung/Stellungnahme

zu a)

Die Vertragsparteien könnten bereits auf Grund der bestehenden Normen Fallpauschalen für das ambulante Operieren im Krankenhaus vereinbaren. Die Einführung von Fallpauschalen ermöglicht eine Leistungstransparenz und setzt damit ggf. auch Anreize, die Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu transferieren.

Die Neuregelung führt damit letztlich zu einer Harmonisierung der Vergütungssysteme. Der Einführung von Fallpauschalen ist zuzustimmen.

zu b)

Die Regelung, dem BMGS neben der Möglichkeit zur Ersatzvornahme auch die Anrufung der Bundesschiedsstelle einzuräumen, stellt eine Neuerung dar. Bislang war die Anrufung der Schiedsstelle den Vertragsparteien eingeräumt und die Ersatzvornahme Aufgabe des BMGS.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 116 a,b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser:

- hochspezialisierte Leistungen z.B. bei der Behandlung von Krebserkrankungen im Rahmen von Einzelverträgen und im Rahmen von Disease-Management-Verträgen
- Auf Spitzenverbandsebene Vereinbarung eines gemeinsamen und einheitlichen Kataloges ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen
- in unterversorgten Regionen werden Krankenhäuser für die jeweils unterversorgten Bereiche für die ambulante Behandlung geöffnet. Hierbei sind bestimmte Qualitätsanforderungen zu gewährleisten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Eine Öffnung der Krankenhäuser für fachärztliche Leistungen ist zu befürworten. Krankenhäuser als ärztliche Kompetenzzentren können Kranke bei bestimmten medizinischen Fragestellungen (komplexe Krankheitsbilder, hochspezialisierte Diagnostik und Therapie) vermutlich besser versorgen. Durch optimierte Auslastung teurer Geräte könnten Unwirtschaftlichkeiten abgebaut werden und durch Zusammenführung medizinischen Sachverstandes in einer Organisationseinheit Doppeluntersuchungen und medizinisch nicht notwendige Leistungen vermieden werden. Durch zunehmenden Wettbewerb im fachärztlichen Bereich könnten marktberreinigende Effekte auf Leistungsanbieterseite im Bereich der niedergelassenen Fachärzte ausgelöst werden.

Andererseits könnte dieser Verdrängungswettbewerb mit einer Ausdünnung des niedergelassenen Bereichs zu folgenden Risiken führen:

- längere Wartezeiten und Wege für Patienten
- Verringerung der Individualität der Versorgung durch häufig wechselndes Krankenhauspersonal, dadurch Kontinuitätsverlust und evtl. Qualitätsverlust in der Behandlung

Eine umfassende Verlagerung fachärztlicher Leistungen an das Krankenhaus erscheint kurzfristig unwahrscheinlich (der Gesetzesentwurf zu §§ 116 SGB V sieht nur hochspezialisierte Leistungen vor). Dies dürfte auch in Regionen mit weniger

ausgeprägten Krankenhausstrukturen nicht sinnvoll sein. Sinnvoller dürfte es sein, Krankenhäuser als Dienstleistungszentren für ambulante und stationäre Versorgung in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten - möglicherweise für hochspezialisierte Leistungen - zu etablieren.

Die im Entwurf enthaltenen Regelungen zur Öffnung der Krankenhäuser für den ambulanten Bereich sind zu begrüßen. Dadurch können die Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor gelockert werden, die Auswahlmöglichkeiten für den Patienten können erweitert werden und der Wettbewerb um Qualität wird intensiviert.

Wenn das Ziel verfolgt wird, Doppelstrukturen in der fachärztlichen Versorgung abzubauen und stationäre Aufenthalte auf das medizinisch erforderliche Maß zurückzuführen, sollten konsequenterweise auch Voraussetzungen geschaffen werden, die es niedergelassenen Vertragsärzten ermöglichen, am Krankenhaus ambulant tätig werden zu können (z.B. über eine Intensivierung des Belegarztwesens oder aber auch durch den betrieb von Notfallambulanzen in Krankenhäusern).

Es bedarf einer verpflichtenden Regelung der Vertragspartner, dass die ärztliche Gesamtvergütung um die Leistungsanteile zu bereinigen ist, die im Krankenhaus erbracht werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Hochschulambulanzen (Zugang zur Versorgung)

2. Rechtsvorschriften

§ 117 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen werden verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Hochschulambulanzen auf deren Verlangen hin in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang abzuschließen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um eine Anpassung analog der Änderung bei Neuzugängen in der fachärztlichen Versorgung. Diese soll nicht mehr über Zulassungen oder Ermächtigungen erfolgen, sondern nur noch im Rahmen von Einzelverträgen nach § 106 b SGB V. Folgerichtig soll dies auch für Hochschulambulanzen gelten. Im Sinne einer einheitlichen Verfahrensweise gilt dies für Hochschulambulanzen generell, unabhängig davon, ob sie haus- oder fachärztliche Versorgungsfunktionen übernehmen. Da die Vergütung seit Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes zum 01.01.2003 ohnehin direkt zwischen Krankenkassen und Hochschulambulanzen zu regeln ist (unter Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen) ist es folgerichtig, den hier in Rede stehenden Zugang zur Versorgung auf gleichem Wege - per Vertrag - regeln zu lassen.

Materiell ergeben sich keine Änderungen für die Beteiligten durch diese Anpassung; es wird lediglich das bisherige Verfahren der Ermächtigung (auf die auch ein Anspruch bestand) durch den Anspruch auf einen Vertragsabschluss substituiert.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Psychiatrische Institutsambulanzen

2. Rechtsvorschriften

§ 118 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen werden verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen auf deren Verlangen hin abzuschließen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich hierbei lediglich um eine Folgeanpassung analog der Änderung bei Neuzugängen in der fachärztlichen Versorgung. Diese soll nicht mehr über Zulassungen oder Ermächtigungen erfolgen, sondern nur noch im Rahmen von Einzelverträgen nach § 106 b SGB V.

Gegenwärtig ist in § 118 geregelt, dass die Spik, die KBV und die DKG in einem Vertrag die Gruppe der psychisch Kranken festlegt, die der Behandlung in diesen Einrichtungen bedürfen. Künftig soll diese Festlegung ohne die KBV erfolgen. Inwieweit sich daraus möglicherweise Nachteile ergeben, vermögen wir nicht abzuschätzen, da uns der bisherige Mitgestaltungsrahmen durch die KBV nicht bekannt ist.

Ferner war bislang bei Nichtzustandekommen des Vertrages das Bundesschiedsamt für die Inhaltsfestlegung zuständig. Künftig fällt diese Aufgabe den Landesschiedsämtern zu.

Hinweis: Am Ende des neugefassten Abs. 2 befinden sich Hinweise auf § 18 Abs. 6 Sätze 4 bis 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Offensichtlich ist das kleine "a" vergessen worden, es muss korrekt heißen: § 18 a ... KHG.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 119a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen mit Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen auf deren Verlangen Verträge über die ambulante ärztliche Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu schließen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Mit dieser neuen Regelung soll ein zielgruppenspezifisches Angebot zur gesundheitlichen Versorgung geistig Behinderter ermöglicht werden. Die ambulante Regelversorgung durch niedergelassene Ärzte soll dadurch nicht ersetzt werden. Die betr. Einrichtungen sollen vielmehr die ärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte ergänzen und beratend zur Seite stehen. Die betr. Einrichtungen sind damit lediglich subsidiär tätig, der Behandlungsumfang ist daher in den Verträgen auf das Leistungsspektrum einzuschränken, das durch die Vertragsärzte nicht in der erforderlichen Art und Weise oder in dem erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann.

Dieser Anspruch auf Vertragsschluss tritt an die Stelle des im geltenden Recht bestehenden Anspruchs vergleichbarer Einrichtungen (wie z.B. der Sozialpädiatrischen Zentren) auf Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, da zukünftig die fachärztliche Versorgung nicht mehr im Kollektivvertragssystem, sondern einzelvertraglich organisiert wird.

Abgrenzungsprobleme könnte es jedoch bei ärztlichen Leistungen der Einrichtungen wie bspw. SPZ etc. und zu ärztlichen Leistungen durch das zum 01.01.2003 neu eingeführte SGB IX (Rehabilitation und Teilnahme behinderter Menschen) geben.

Gemäß Artikel 26 des GMG soll § 119a SGB V zum 01.01.2005 in Kraft treten.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 120 Abs. 3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Redaktionelle Folgeänderung

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rahmenempfehlungen und Verträge im Heilmittelbereich

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 125 Abs. 1, 2 und 3 SGBV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Absatz 1: Ergänzung um die Einbindung von Vereinigungen der Patienten und ähnliche Organisationen bei der Entwicklung der Rahmenempfehlungen

Absatz 2: Regelung, dass die Krankenkassen abweichend von den Verbandsverträgen eigene Verträge mit niedrigeren Preisen abschließen können (analoge Regelungen zum Hilfsmittelbereich).

Absatz 3: Verpflichtung für die Krankenkassen, Ärzte und Versicherte über die abgeschlossenen Kassenverträge zu informieren.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Einbindung der Patientenvereinigungen und ähnlichen Organisationen ist grundsätzlich unbedenklich. Um die Praktikabilität der Regelungen sicher zu stellen, bedarf es jedoch einer weiteren Konkretisierung des Kreises der Anhörungsberechtigten bzw. der sie vertretenden Institutionen.

Die Möglichkeit für den Abschluss von eigenen Verträgen mit Heilmittelerbringern ist grundsätzlich zu begrüßen. Der finanzielle Erfolg dieser Maßnahme setzt jedoch eine konsequente Steuerung im Rahmen eines Leistungsmanagements voraus, die bei der z.Zt. nicht vorhandenen Genehmigungspflicht faktisch nicht möglich ist. Alternativ muss die Regelung aus § 32 SGB V konsequent umgesetzt werden. Danach trägt die Krankenkasse nur die Kosten des niedrigsten Preises, wenn sie die Leistungen dem Versicherten wohnortnah durch eigene Verträge anbietet.

Weiter wurde die stringente Möglichkeit des Zulassungsentzuges bei fehlenden fachlichen Voraussetzungen dahingehend erweitert, dass dem Leistungserbringer eine Frist von mindestens einem Jahr gegeben werden muss seine Befähigung entsprechend nachzuweisen. Diese Frist sollte nicht mindestens ein Jahr, sondern höchstens ein Jahr betragen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Verträge Hilfsmittelbereich

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 127 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Im § 127 werden die Möglichkeiten der Krankenkassen zu vertraglichen Vereinbarungen über die Abgabe von Hilfsmittel geregelt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Das Recht für einzelne Krankenkassen, Verträge abzuschließen, wurde aufgenommen und wird ausdrücklich begrüßt.

Das Recht von Krankenkassen, Versicherte und Ärzte über bestehende Vereinbarungen zwecks zu informieren erhält einen verpflichtenden Charakter. Diese Anpassung wird durch die Änderung des § 33 SGB V notwendig. Danach wird die Leistungspflicht der Krankenkasse auf den von ihr in ihren Verträgen vereinbarten niedrigsten Preis begrenzt, wenn sie dem Versicherten diese Leistung durch ihre eigenen Verträge wohnortnah anbietet. Diese Regelungen wird begrüßt, da ansonsten die Leistungsmanagementaktivitäten ins Leere laufen.

Der im § 127 SGB V verankerte Kontrahierungszwang für die Krankenkassen ist nicht weggefallen. Hier sollte analog der Regelung im § 106a Abs. 2 eine Formulierung aufgenommen werden, dass Leistungserbringer keinen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit einer einzelnen Krankenkassen haben.

Im Kabinettsentwurf ist die Verpflichtung aufgenommen worden, Verträge in denen die Abgabe von Hilfsmitteln unterhalb der gültigen Festbeträge vereinbart wird, öffentlich auszuschreiben. Bislang haben sich die Kriterien zur Ausschreibung ausschließlich an dem zu erwartendem Auftragsvolumen orientiert. Diese Regelung sollte beibehalten werden, da zwingende Vorgaben hinsichtlich der Vertragsgestaltung die Bewegungsfreiheit beim Gestalten der Verträge stark einengen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Hilfsmittelverzeichnis

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 128 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Bei der Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses soll der Grundsatz der stärkeren Beteiligung der Versicherten durch die Verankerung des Rechtes ihrer maßgeblichen Organisationen zur Stellungnahme bei der Erstellung und Änderung des Hilfsmittelverzeichnisses umgesetzt werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelungen werden grundsätzlich begrüßt. Um die Praktikabilität des Verfahrens sicherzustellen, bedarf es jedoch einer weiteren Konkretisierung des Kreises der Anhörungsberechtigten bzw. der sie vertretenden Institutionen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 129 SGB V

2. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Krankenkassen oder ihre Verbände können mit Apotheken für den Arzneimittelversand und die Abgabe von Medikamenten in vertraglich vereinbarten Versorgungsformen nach § 130b Preise vereinbaren, die von der Arzneimittel-Preis-Verordnung abweichen. In diesem Zusammenhang sollen auch Maßnahmen zur qualitätsgesicherten Beratung des Versicherten vereinbart werden.

Die Abgabe preisgünstiger importierter Arzneimittel wird konkretisiert; weiterhin gelten Packungsgrößen der gleichen Zuzahlungsstufe als austauschbar. Ferner wird die Berechnung der Aut Idem - Preisgrenze neu gestaltet.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Möglichkeit, Einzelverträge zwischen Kassen und Apotheken abzuschließen, ist ausdrücklich positiv zu bewerten. Kassenspezifische Schwerpunkte werden damit möglich. Durch die Einschränkung der Arzneimittel-Preis-Verordnung auch für rezeptpflichtige Arzneimittel, die im Wege des Versandes oder im Rahmen strukturierter Versorgungsprogramme abgegeben werden, können durch Verknüpfung mit Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Apotheke Wirtschaftlichkeit und Qualität bei der Versorgung mit Medikamenten gesteigert werden.

Die Definition der Preisgünstigkeit für Importpräparate wird begrüßt. Die Austauschbarkeit von Packungsgrößen derselben Zuzahlungsstufe vermeidet einige in der Praxis auftretende Problem in Zusammenhang mit Aut Idem und vermindert mögliche Ausweichtaktiken der pharmazeutischen Unternehmen.

Die Neuberechnung der oberen Preisgrenze für Aut Idem schließt diejenigen Präparate bei der Preisbildung aus, deren Preis mehr als 90 % des Originals beträgt, es sei denn, das Mittel hat einen Marktanteil von mehr als 10 %. Um Abstimmungs- und Umsetzungsprobleme zu vermeiden, ist es jedoch erforderlich, den Begriff "Markt" näher zu definieren (GKV-Markt versus Gesamtmarkt; Brutto- oder Netto-Anteil).

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Krankenhausapotheken

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 129a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nachdem die derzeit gültige Fassung des Apothekengesetzes in eng umschriebenen Fällen eine Versorgung des Patienten mit Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke auch außerhalb der stationären Versorgung zulässt, wird hier die Basis für Verträge zwischen dem Träger des Krankenhauses mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden gelegt. Die Verträge sollen die Abgabe von Arzneimitteln an den Versicherten und die Preise regeln.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen werden nachhaltig unterstützt. Sie tragen dazu bei, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rabatt für Arzneimittel

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 130 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der Rabatt, den Apotheken der GKV auf Arzneimittel zu gewähren haben, wird von jetzt 6-10 % auf 5 % gesenkt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Im Zusammenhang mit der durch Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung verminderten Aufschlagsätze erfolgt eine Rückführung in den status vor dem AABG und Beitragssatzsicherungsgesetz.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 130a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Arzneimittel, für die mit dem pharmazeutischen Hersteller Rabatte ausgehandelt wurden, können nach § 130 a von den Kassen in einer Liste veröffentlicht werden. Die Ärzte können für ihren erhöhten Verwaltungsaufwand durch die Berücksichtigung dieser Listen Vergütungen außerhalb der Gesamtvergütung beanspruchen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung ist positiv zu bewerten Da den Ärzten Rabattvereinbarungen bekannt gemacht werden, können Voraussetzungen für ein optimiertes Verordnungsverhalten geschaffen werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rabatte für Arzneimittel in vereinbarten Versorgungsformen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 130b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nach § 130 b können Krankenkassen für vereinbarte Versorgungsformen Wirkstofflisten anlegen und die dazugehörigen Arzneimittel veröffentlichen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung ist ausdrücklich positiv zu bewerten.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 132a Abs. 1, Satz 2 und Satz 4 Nr. 3 SGB V

Artikel 1, § 132a Abs. 2, Satz 1 ff.

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

§ 132a Abs. 1, Satz 2:

Vor Abschluss von Rahmenempfehlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer soll neben der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch den Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und sonstigen Betroffenen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

§ 132a Abs.1, Satz 4 Nr. 3 SGB V:

Regelungen zur Fortbildung sollen zukünftig in die Rahmenempfehlungen aufgenommen werden.

§ 132a Abs. 2, Satz 1:

Die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung soll in die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aufgenommen werden.

§ 132a Abs. 2, Satz 2 neu:

Bei fehlendem Nachweis der Fortbildung sollen Verträge durch die Krankenkassen gekündigt werden.

§ 132a Abs. 2, Satz 3 ff. neu:

In den Verträgen soll geregelt werden, dass im Falle von Streitigkeiten zwischen den Vertragsparteien eine unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Bei Nichteinigung über die Schiedsperson wird diese durch die für die Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde bestimmt.

4. Bewertung/Stellungnahme

zu § 132a Abs. 1, Satz 2:

Die stärkere Berücksichtigung der Patienteninteressen ist grundsätzlich begrüßen. Um die Praktikabilität der Regelungen zu gewährleisten, bedarf es jedoch einer weiteren Konkretisierung des Kreises der Anhörungsberechtigten bzw. der sie vertretenden Institutionen.

zu § 132a Abs.1, Satz 4 Nr. 3 SGB V:

Die Aufnahme von Regeln über die Fortbildung wird begrüßt, da hierdurch einheitliche Anforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals geschaffen werden.

zu § 132a Abs. 2, Satz 1:

Die Aufnahme der Verpflichtung zur Fortbildung in die Verträge mit den Leistungserbringern wird im Interesse der Qualitätssicherung begrüßt. Die Regelung korrespondiert mit § 132a Abs.1, Satz 4 Nr. 3.

zu § 132a Abs. 2, Satz 2 neu:

Im Interesse einer qualitätsgesicherten Behandlung der Versicherten wird es begrüßt, wenn die Krankenkassen bei nicht nachgewiesener Qualifikation die Verträge mit den Leistungserbringern kündigen müssen.

Konsequenterweise müssten die Pflegedienste diese Nachweise auch für das von Ihnen eingesetzte Personal erbringen.

zu § 132a Abs. 2, Satz 3 ff. neu:

Die Einführung einer Schiedsregelung wird abgelehnt. Sie ist im Bereich der sonstigen Leistungserbringer bisher nicht üblich und verschlechtert die Position der Krankenkassen, auf dem Verhandlungswege Einigung über Vertragsinhalte und Preise zu erzielen. Statt dessen würde ein Dritter, u.U. durch die Aufsichtsbehörde Bestimmter, Vertragsinhalte und/oder Preise festlegen. Hierdurch könnten den Krankenkassen sachfremde oder auch unwirtschaftliche Lösungen auferlegt werden. Das Fehlen einer Schiedslösung hat sich in der Vergangenheit nicht als nachteilig für die Sicherstellung der Versorgung heraus gestellt.

Es sollte eine Regelung analog § 106b Abs. 2 SGB V aufgenommen werden, dass die Leistungserbringer keinen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit Krankenkassen haben.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 135 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nach § 135 entscheiden die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag über die Änderung und Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung. Mit der vorgesehenen Änderung wird auch dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten ein entsprechendes Antragsrecht eingeräumt.

Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge können Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen bestimmten besonders qualifizierten Fachärzten vorbehalten ist.

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Verpflichtung zur Qualitätssicherung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 135 a Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Durch die Neufassung werden die bisher allein für stationäre Einrichtungen bestehenden Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement auf Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten und weitere Leistungserbringer ausgedehnt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung ist positiv zu bewerten. Mit ihr werden Leistungserbringer erstmals gesetzlich verpflichtet, interne Qualitätssicherungsmaßnahmen zu betreiben. Entscheidend für den behandlungsrelevanten Erfolg interner Qualitätssicherungsmaßnahmen sind jedoch objektivierte Rahmenbedingungen, in denen sich interne Qualitätssicherungsmaßnahmen vollziehen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 136 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Klarstellung, dass die KVen und KZVen die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Vertragsärzte und -zahnärzte zu fördern und hierüber eine jährliche Veröffentlichung vorzunehmen haben.

Die inhaltlichen Anforderungen und die verfahrenstechnischen Vorgaben für die Qualitätssicherungsprüfung werden zukünftig beide durch die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien festgelegt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung ist ausdrücklich positiv zu bewerten, da hierdurch der gesetzliche Auftrag an die KVen und KZVen festgelegt wird, sich an der Qualitätssicherung stärker zu beteiligen. Durch die Pflicht zur Veröffentlichung wird die Transparenz - auch insbesondere für die Versicherten - erhöht.

Die Neuregelung bewirkt, dass bundeseinheitliche Anforderungen und verfahrenstechnische Vorgaben umgesetzt werden. Eine in der Vergangenheit unzureichende Umsetzung in einzelnen KV Bereichen wird dadurch unterbunden

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 136 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Folgeänderung zu § 135 a SGB V aufgrund der Aufnahme eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auch für Vertragsärzte und Psychotherapeuten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung ist positiv zu bewerten, da ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement auch für Vertragsärzte eingeführt wird.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 136 b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Folgeänderung zu § 135 a SGB V aufgrund der Aufnahme eines einrichtungsin-
ternen Qualitätsmanagements auch für Vertragsärzte und Psychotherapeuten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung ist positiv zu bewerten.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- **Vertragspartner nach § 137 Abs. 1 SGB V sollen auch Regelungen zu Fortbildungspflichten der im Krankenhaus tätigen Fachärzte treffen**
- **die Aspekte der Fortbildung sind dann über § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V Bestandteil der zu veröffentlichenden Qualitätsberichte**

4. Bewertung/Stellungnahme

Die sinnvolle Ergänzung der Fortbildungspflichten der im Krankenhaus tätigen Fachärzte trägt dem Anspruch Rechnung, dass auch die Krankenhausärzte die zu Beginn ihrer fachärztlichen Tätigkeit nachgewiesene Facharztqualität stets auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens halten. Die Fünf-Jahres-Frist orientiert sich an den Zeiträumen im vertragsärztlichen Bereich.

Sofern das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige, qualitätsgesicherte Krankenhausbehandlung bietet, kann der Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (Entwurfassung) gekündigt werden. Der Kündigungsgrund dürfte (so die Begründung) vorliegen, falls das Krankenhaus nicht in ausreichendem Maße qualifiziertes ärztliches Personal (iSv § 137 SGB V) vorhält und deshalb die Versorgungsqualität gravierend gefährdet ist.

Der kausale Nachweis der gravierenden Gefährdung der Versorgungsqualität auf Grund nicht in ausreichendem Maße vorhandenem qualifizierten ärztlichen Personals seitens der Vertragspartner nicht unproblematisch. Letztendlich entscheidend sind die zu definierenden Fortbildungsstandards durch die Vertragspartner nach § 137 SGB V.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 137 b SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Folgeänderung zu § 135 Abs. 1 SGB V

4. Bewertung/Stellungnahme

siehe Stellungnahme zu § 135 Abs. 1 SGB V

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

2. Rechtsvorschriften

§ 137 c Abs.3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Beschlüsse des Ausschusses Krankenhaus können vom BMGS durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates aufgehoben werden, wenn in diesen Beschlüssen Empfehlungen des neu einzurichtenden Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin nicht berücksichtigt wurden. Zudem kann das BMGS anstelle des Ausschusses Krankenhaus entscheiden, wenn dieser innerhalb einer vom BMGS gesetzten Frist keine Entscheidung zu einer Empfehlung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin trifft.

Zukünftig sind die Empfehlungen des neuen Zentrums von grundlegender Bedeutung für die Entscheidung des Ausschusses Krankenhaus. Durch § 139 c Satz 1 SGB V wird der Ausschuss verpflichtet, die Empfehlungen, die das Zentrum ggü. dem Ausschuss abgegeben hat, in seinen Entscheidungen zu berücksichtigen. Eine enge Abstimmung wird zudem über § 139 c Satz 2 SGB V sichergestellt. Dort wird der Ausschuss verpflichtet, alle eingereichten Prüfanträge und seinen - jeweils aktuellen - Arbeitsplan dem Zentrum unverzüglich vorzulegen. Das beschriebene Initiativrecht des BMGS soll sicherstellen, dass die Empfehlungen des Zentrums auch für den Akutkrankenhausesektor im Rahmen von § 137 c SGB V Berücksichtigung findet.

4. Bewertung/Stellungnahme

Bislang wird Qualitätssicherung im Krankenhausesektor im Wesentlichen über den Ausschuss Krankenhaus geregelt, der neben mehreren unparteiischen Mitgliedern mit Vertretern der Krankenkassen, der DKG und der Bundesärztekammer besetzt ist.

Die obligatorische Berücksichtigung der Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin ist Folge, dass diese Einrichtung sektorenübergreifend für die Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der GKV-Leistungen zuständig sein soll. Die hier formulierten Befugnisse des BMGS, nicht nur Beschlüsse des Ausschusses aufzuheben sondern auch eigenständig zu entscheiden gehen sehr weit und sind im Sinne einer handlungsfähigen Selbstverwaltung kritisch zu bewerten.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Qualitätssicherung bei der ambulanten Vorsorge und Rehabilitation

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 137 d Abs.2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Es erfolgt eine Einfügung, wonach nunmehr auch im ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsbereich die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsin-
ternes Qualitätsmanagement festzulegen sind (Analog der bestehenden Ver-
pflichtung für den Bereich der stationären Vorsorge und Rehabilitation).

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Festlegung grundsätzlicher Anforderungen ist sinnvoll. Da sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen beschränken und den Leistungserbringer ausreichend Gelegenheit gegeben werden soll, diese den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend zu entwickeln, können Umsetzungsprobleme vermieden werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Koordinierungsausschuss

2. Rechtsvorschriften

§ 137 e SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Bundesärztekammer wird als Mitglied aus dem Koordinierungsausschuss gestrichen. Neu aufgenommen werden Regelungen über die Beschlussfassung, die mit der Mehrheit der Mitglieder des Koordinierungsausschusses erfolgt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Einführung von Regelungen über die mehrheitliche Beschlussfassung ist für ein beschleunigtes Einigungsverfahren positiv zu werten, würde aber bei Stimmengleichheit nicht zum Tragen kommen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Empfehlungen des Koordinierungsausschusses zu Empfehlungen von Anforderungen an DMPs

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 137 f. Abs. 2

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Die bisher vorgesehene Einvernehmlichkeit der Empfehlung wird gestrichen. Damit können Empfehlungen mehrheitlich getroffen werden (§ 137 f Abs. 2 Satz 1).
- Die bisherige Regelung, nach der Anforderungen an die strukturierte Behandlungsprogramme ausschließlich nach evidenzbasierten Leitlinien benannt werden sollen, wird ersetzt durch eine Regelung, die den 'aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien oder nach dem jeweils best verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des Versorgungssektors' berücksichtigen soll (§ 137 f Abs.2 Satz 2 Nr. 1).

4. Bewertung/Stellungnahme

Mit den vorgesehenen Regelungen will der Gesetzgeber den bisherigen Erfahrungen der Arbeit im Koordinierungsausschuss Rechnung tragen, in dem er die Beschlussfähigkeit des Gremiums durch ein mehrheitliches anstelle des bisherigen einvernehmlichen Votums steigert (§ 137 f Abs. 1 Satz 1).

Mit der Neuregelung zu § 137 f Abs.2 Satz 2 Nr.2 sollen Beschlüsse des Koordinierungsausschusses in Kenntnis des Umstands rechtssicher gefasst werden, dass die ursprünglich vom Gesetzgeber geforderten evidenzbasierten Leitlinien nicht vorliegen. Die weitere Etablierung von strukturierten Behandlungsprogrammen soll damit erleichtert werden. Würden die im Entwurf vorgesehenen Regelungen Gesetzeskraft erlangen, besteht durch die Relativierung der Bedeutung evidenzbasierter Leitlinien die Gefahr, dass die im Interesse der Versicherten zu fordernden höchstmöglichen Ansprüche an die Evidenz der Versorgungsprozeduren auf ein durch unter Opportunitätsgesichtspunkten einzelner Beteiligter motiviertes Mindestmaß zurückgeführt werden.

Die TK spricht sich dafür aus, dass für strukturierte Behandlungsprogramme die höchstmöglichen Evidenznachweise zwingend zu berücksichtigen sind.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis

2. Rechtsgrundlagen

Artikel 1, § 139 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Der Entscheidungsprozeß zur Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis soll gefördert werden. Dazu soll eine Entscheidung der Spitzenverbände innerhalb von 6 Monaten vorgeschrieben werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die vorgeschlagene Ergänzung wird begrüßt. Allerdings fehlt es an einer Regelung bzgl. der Konsequenzen einer Fristüberschreitung. Im Interesse der Versicherten erscheint es sinnvoll, die Spitzenverbände zur Einhaltung der vorgesehenen Frist anzuhalten.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, §§ 139 a-I SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Errichtung des Zentrums als fachlich unabhängige rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts

Maßgebliche Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens wirken als Mitglieder eines Kuratoriums bei der Aufgabenerfüllung des Kuratoriums mit. Das Kuratorium besteht aus 49 Mitgliedern.

- Aufgaben des Zentrums:
 - Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen
 - Bereitstellung von Informationen für BürgerInnen über Leistungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie
 - Erstellung evidenzbasierter Leitlinien, auch für strukturierte Behandlungsprogramme
 - Berücksichtigung geschlechts-, alters- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten
 - Gutachten und Stellungnahmen
 - Empfehlungen für die Fortbildungsinhalte der Ärzte
 - Abgabe von Empfehlungen an die Bundesausschüsse hinsichtlich Richtlinienerstellung
 - Die Bundesausschüsse haben die Empfehlungen des Instituts zu berücksichtigen; abweichende Entscheidungen sind zu begründen. Teilt das Zentrum einem Ausschuss mit, dass eine Empfehlung zu einem Bereich abgegeben wird, zu dem der Ausschuss eine Beschlussfassung beabsichtigt, darf dieser erst entscheiden, wenn die Empfehlung vorliegt oder innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Mitteilung nicht gegeben worden ist.
 - Das Zentrum kann vom BMGS mit der Durchführung von Arbeiten beauftragt werden. Darüber hinaus können vom Kuratorium des Zentrums sowie den Bundesausschüssen Vorschläge für Arbeiten unterbreitet werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Das vom Bundesgesundheitsministerium geplante „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ findet unsere prinzipielle Unterstützung. Das Zentrum soll unabhängig sein; die Arbeit des Zentrums bedarf in jedem Fall der Transparenz und Kontrolle. Alle Sachverständigen, die in diesem Zentrum an der Erarbeitung von Qualitätsstandards sowie an der Weiterentwicklung des Leistungskataloges mitarbeiten, müssen verpflichtet werden, regelmäßig offen zu legen (nicht nur zum Zeitpunkt der Berufung), für welche Firmen oder Organisationen sie außerdem im Auftrag tätig sind und welches Honorar sie dafür erhalten. Nur so lassen sich Unabhängigkeit und Transparenz gewährleisten.

Der Entwurf enthält jedoch Regelungen darüber, wie die Empfehlungen zustande kommen und somit keine Maßnahmen über die Transparenz der Entscheidungsprozesse (wissenschaftliche Grundlagen, Beschlussfassung). Hinsichtlich der Funktionsfähigkeit des Gremiums besteht daher Konkretisierungsbedarf.

Die Verbesserung der Therapiequalität durch Therapie-Leitlinien ist ein Beitrag zur Qualitätssteigerung der ärztlichen Behandlung. Mit dem Zentrum wird das Problem der Informationsweitergabe in die tägliche Praxis jedoch nicht gelöst werden können. Zudem muss auch eine Leitlinie ausreichend Möglichkeit zur auf den einzelnen Fall zugeschnittenen Therapie bieten. Ein Ermessensspielraum von Ärzten und anderen Leistungsanbietern in der jeweiligen konkreten Behandlungssituation muss möglich sein, ohne dass dabei Behandlungsergebnisse beeinträchtigt werden.

Dass medizinische Informationen auf neutraler Basis versichertenorientiert aufbereitet werden sollen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Kommunikation der Informationen gegenüber den Versicherten ist jedoch Aufgabe der jeweiligen Krankenkasse als deren primärer Ansprechpartner für gesundheitliche Fragestellungen sein und sollte nicht auf das Zentrum übertragen werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Integrierte Versorgung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 140 a - h SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Vorschriften zur integrierten Versorgung werden umfassend neu gestaltet. Wesentliche Änderungen:

- Schlankere Beschreibung der integrierten Versorgung
- Vertragspartner sind jetzt u.a. einzelne Ärzte (vorher: Gemeinschaften von Ärzten) und Gesundheitszentren
- KV ist als potenzieller Vertragspartner nicht mehr vorgesehen
- Eigeneinrichtungen der Kassen sind möglich
- Keine Beschränkung auf Zulassungsstatus des Leistungserbringers
- Vertragsbeitritt Dritter nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich
- Wegfall folgender Regelungen:
 - Rahmenvereinbarungen mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer
 - Bonus an Versicherte
 - Vorschriften bzgl. der Evaluation der Evaluation
- Bereinigung der Gesamtvergütungen/Schiedsamtverfahren

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Vorschriften verdeutlichen die Vertragsautonomie der Krankenkassen und Leistungserbringer und stellen klar, dass integrierte Versorgung nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchgeführt wird.

Die vertragssystematische Neuordnung zugunsten der einzelnen Akteure ist zu begrüßen. Positiv zu werten ist zudem, dass die Beeinflussung durch Dritte vermieden wird, indem die Rahmenvereinbarungen gegenstandslos werden und die Gestaltungsspielräume der unmittelbar Beteiligten erweitert werden.

Während bisher nur Gemeinschaften von Vertragsärzten potenzielle Vertragspartner sein konnten, wird der Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen durch einzelne Ärzte erweitert. Dies ermöglicht weitergehendere Varianten der integrierten Versorgung.

Die vorgesehene generelle Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität für integrierte Versorgungsformen würde zu Mehrausgaben der Krankenkassen führen. Sie sollte daher durch Vorgaben ergänzt werden, dass für integrierte Versorgungsformen der Gesamtaufwand für die Versorgung nach Abschluss einer Anlaufphase von bis zu drei Jahren beitragsneutral sein muss.

5. Weiterer Handlungs-/Positionsbedarf/Formulierungen für Änderungsvorschläge

Regelungen über die Bereinigung der Gesamtvergütung sowie Schiedsamtverfahren sind vorgesehen. Diese Regelungen (Bereinigung entsprechend Zahl und Risikostruktur der teilnehmenden Versicherten) dürften - insbesondere bei indikationsspezifischen Versorgungsaufträgen - schwierig umsetzbar sein.

Allerdings müssen Bereinigungsregelungen ermöglichen, prospektive Patientenwanderungen (vom Kollektivvertragsarzt zu neuen Versorgungsformen sowie die Bildung neuer Versorgungsformen berücksichtigen).

Da Integrationsversorgungen auf Kassenebene oder Verbandsebene vertraglich geregelt werden, sollten bei Entscheidungen über die Bereinigung der Gesamtvergütung nur die betroffenen Krankenkassen oder Verbände im Schiedsamt mitwirken können.

(siehe auch die Stellungnahmen zur Änderung der Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung zu § 106b und zum Schiedsamtverfahren zu § 89 SGB V)

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern innerhalb der EG

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 140e SGB V

siehe auch: Artikel 1, § 13 Abs. 4 und 5

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Einfügung des § 140e führt dazu, dass die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages Verträge abzuschließen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Einfügung des § 140e entspricht einer langjährigen Forderung der TK zu Vertragsabschlüssen innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Damit wären beispielsweise Verträge mit Arzneiversendern, Hilfsmittellieferanten und Reha-Einrichtungen realisierbar.

Um Doppelfinanzierungen für vergleichbare inländische Leistungen zu vermeiden, sind gesetzliche Regelungen für eine verpflichtende Bereinigung der Gesamtvergütungen im Kontext der obligatorischen Regelungen zur Berechnung und Zahlung der Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) erforderlich.

Die nach Gesetzentwurf vom 02.06.03 vorgesehene Begrenzung der Verträge auf Leistungserbringer nach § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V und den Geltungsbereich des EG-Vertrages wird abgelehnt. Vielmehr sollten Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V sowie - analog dem Änderungsvorschlag zur geplanten Neuregelung der § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V - in Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz ermöglicht werden.

5. Änderungsvorschlag

§ 140e

Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages

"Krankenkassen dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten nach Maßgabe des Dritten Kapitels und des dazugehörigen untergesetzlichen Rechts Verträge mit Leistungserbringern nach § 13 Abs. 4 und 5 in Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz abschließen.“

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Länderübergreifende Vereinigung von Ortskrankenkassen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 144 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Neuregelung des § 144 Abs. 1 S. 1 können sich AOKen auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte auch ohne Staatsvertrag der beteiligten Länder über die Ländergrenzen hinweg vereinigen.

§ 144 Abs. 1 S. 2 verlagert die Zuständigkeit für die Genehmigung von Ortskrankenkassen auf die Aufsichtsbehörde, die für die Aufsicht für die vereinigte Krankenkasse zuständig ist.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung des § 144 Abs. 1 S. 2 vereinfacht den Verwaltungsablauf bei der Vereinigung von Ortskrankenkassen. Zugleich bleiben die Beteiligungsrechte der bisherigen Aufsichtsbehörden gewahrt, die ihr Einvernehmen zu der Vereinigung erteilen müssen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Tragung der BKK-Personalkosten durch die BKK

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 147 Abs. 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Neuregelung des § 147 Abs. 2 müssen auch die BKKen, bei denen der Arbeitgeber sich für die Tragung der Personalkosten entschieden hat, spätestens vom 1. Januar 2005 ihre Personalkosten selbst tragen. Die Kosten hierfür haben sie aus ihren Beitragseinnahmen zu finanzieren.

BKKen, die nach dem 1.1.2004 errichtet werden, müssen die Personalkosten sofort selbst finanzieren.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung dient der Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen, indem sie das Privileg der BKKen, die Personalkosten durch den Arbeitgeber finanzieren zu lassen, beseitigt. Die Regelung wird daher ausdrücklich begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

BKK-Errichtungsverbot für Leistungserbringer

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 147 Abs. 3 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Neuregelung des § 147 Abs. 3 werden Betriebe von Leistungserbringern und ihren Verbänden vom Recht der Errichtung einer Betriebskrankenkasse ausgenommen.

Außerdem gilt die Neuregelung für Betriebe, deren maßgebliche Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist.

Hierzu gehören insbesondere die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und ihre Spitzenorganisationen, die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Organisationen der Apotheker (Landes-, Bundesapothekerkammer), die Berufsorganisationen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhausärzte, die Landeskrankenhausgesellschaften, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Vereinigungen der Krankenhausträger auf Landes- und Bundesebene, die Verbände der sonstigen Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel sowie der Bundesinnungsverband der Zahntechniker.

Die Vorschrift gilt nicht für pharmazeutische Unternehmer und deren Verbände.

Sie gilt außerdem nicht für Leistungserbringer, die sich überwiegend auf anderen Geschäftsfeldern als der Leistungserbringung nach dem SGB V betätigen (z. B. Kommunen, die auch ein Krankenhaus betreiben).

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung des § 147 Abs. 3 soll verhindern, dass durch die Errichtung einer Betriebskrankenkasse, in deren Selbstverwaltung Vertragspartner der Krankenkassen oder ihrer Verbände als Arbeitgeber vertreten wären, der Grundsatz der Gegnerfreiheit im Verhältnis zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Leistungserbringern gefährdet wird.

Es ist positiv zu bewerten, dass die Gründung einer Betriebskrankenkasse, die zu Interessensvermischungen bei den Vertragsverhandlungen führen muss, nunmehr ausgeschlossen ist.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Abschaffung des Anhörungsrechts der AOKen bei BKK-Errichtung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, Streichung des § 148 Abs. 1 S. 3 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Streichung des § 148 Abs. 1 S. 3 entfällt das Anhörungsrecht von Ortskrankenkassen bei der Errichtung von Betriebskrankenkassen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Als Folge der Einführung der Kassenwahlrechte und des Wegfalls der Basiskassenfunktion der Ortskrankenkassen sind mit Wirkung ab 1. Januar 1996 besondere Schutzregelungen für Ortskrankenkassen bei Errichtung von Betriebskrankenkassen abgeschafft worden (Artikel 2 Nr. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes).

Die Streichung des § 148 Abs. 1 S. 3 ist folgerichtig und zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beschränkung der Ausdehnungsmöglichkeiten einer BKK auf weitere Betriebe

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 149 S. 1 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Neuregelung des § 149 S. 1 wird klargestellt, dass die Ausdehnung des Bezirks einer Betriebskrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere seiner Betriebe nur bei Betriebskrankenkassen möglich ist, die nicht für betriebsfremde Versicherte geöffnet sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Bislang kann der Bezirk einer Betriebskrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere seiner Betriebe ausgedehnt werden. Dies ermöglicht es, etwa in den Fällen des Erwerbs zusätzlicher Betriebe durch den Arbeitgeber, diese in einem vereinfachten Verfahren in den Zuständigkeitsbereich der Betriebskrankenkasse einzubeziehen.

Bei Betriebskrankenkassen, die sich für betriebsfremde Versicherte geöffnet haben, besteht ein solches Antragsrecht nun nicht mehr. Dies wird begrüßt, da bei geöffneten BKKen ein Bezug zum Trägerbetrieb und seinem Arbeitgeber nicht besteht und das Antragsrecht bei geöffneten Betriebskrankenkassen auch vom Arbeitgeber genutzt werden kann, um regionale Wettbewerbsungleichgewichte zu schaffen.

Die Regelung dient der Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen und wird ausdrücklich begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden bei der Vereinigung von BKKen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 150 Abs. 1 S. 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 144 Abs. 1 S. 2. Die Änderung der Zuständigkeit für die Genehmigung einer Vereinigung von Betriebskrankenkassen entspricht der bei der Vereinigung von Ortskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung des § 150 Abs. 1 Satz 2 vereinfacht den Verwaltungsablauf bei der Vereinigung von Betriebskrankenkassen. Zugleich bleiben die Beteiligungsrechte der bisherigen Aufsichtsbehörden gewahrt, die ihr Einvernehmen zu der Vereinigung erteilen müssen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Haftung für offene Verbindlichkeiten geöffneter BKKen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 155 Abs. 4 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Nach der geplanten Regelung hat der Arbeitgeber künftig die Verpflichtungen der geöffneten Betriebskrankenkasse innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit des Öffnungsbeschlusses auszugleichen, soweit sie das Vermögen der Betriebskrankenkasse übersteigen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Bislang haftet der Arbeitgeber nach Schließung einer Betriebskrankenkasse für verbleibende Verpflichtungen, wenn die Betriebskrankenkasse nicht für betriebsfremde Versicherte geöffnet ist, bei geöffneten Betriebskrankenkassen haftet der Landesverband.

Diese Regelung kann bei drohender Wettbewerbs- oder Leistungsunfähigkeit einer nicht geöffneten Betriebskrankenkasse missbräuchlich genutzt werden, indem der betroffene Arbeitgeber bei sich abzeichnender Kassenschließung rechtzeitig vorher einen Öffnungsbeschluss im Verwaltungsrat herbeiführt. Hierdurch kann sich der Trägerarbeitgeber den drohenden Haftungspflichten entziehen und diese auf den Landesverband abwälzen.

Die Neureglung erschwert die missbräuchliche Nutzung der Öffnungsmöglichkeit und wird insofern begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bildung von BKK-Haftungsfonds

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 155 Abs. 5 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Neuregelung des § 155 Abs. 5 schafft der Gesetzgeber für das BKK-System die Möglichkeit, bereits vor Eintritt eines Haftungsfall auf Landes- und Bundesverbandsebene einen Fonds aus Mitteln ihrer Verbandsmitglieder aufzubauen, dessen Mittel zur Erfüllung der Haftungsverpflichtungen auf Grund der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse zu verwenden sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Haftung des Landesverbandes für die Verbindlichkeiten der aufgelösten oder geschlossenen (Mitglieds)Krankenkasse hat zur Folge, dass letztlich die übrigen Verbandsmitglieder die finanziellen Folgen der Auflösung oder Schließung der BKK zu tragen haben. Bestanden im Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung Verbindlichkeiten größeren Ausmaßes, kann dies eine erhebliche Belastung der verbliebenen Verbandsmitglieder zur Folge haben.

Es erscheint daher sinnvoll, bereits vor Eintritt eines Haftungsfalls einen Fonds zu errichten, dessen Mittel zur Abfederung des mittelbaren Haftungsrisiko einer Krankenkasse zu verwenden sind.

Auf Grund der Regelung in § 146a Satz 3 sowie der Änderungen in §§ 164 u gilt die Neuregelung auch für die Verbände der Orts- und Innungskrankenkassen. Zu der entsprechenden Neureglung für den Ersatzkassenbereich vgl. die entsprechende Stellungnahme zu § 171. Die Möglichkeit zu Errichtung eines Fonds ist grundsätzlich zu begrüßen. Erwägenswert wäre, ob der Gesetzgeber bereits jetzt einheitliche Rahmenbedingungen für zukünftige Fonds festlegen soll.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

IKK-Errichtungsverbot für Handwerksbetriebe von Leistungserbringern

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 157 Abs. 3 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Nach der geplanten Regelung werden Handwerksbetriebe von Leistungserbringern (z.B. Zahntechniker) vom Recht der Errichtung einer Innungskrankenkasse ausgenommen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch die Neuregelung soll verhindert werden, dass durch die Errichtung einer Innungskrankenkasse, in deren Selbstverwaltung Vertragspartner der Krankenkassen oder ihrer Verbände als Arbeitgeber vertreten wären, der Grundsatz der Gegenseitigkeit im Verhältnis zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Leistungserbringern gefährdet wird.

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 147 Abs. 3 SGB V, die ebenfalls positiv zu bewerten ist.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Abschaffung des Anhörungsrecht der AOKen bei IKK-Errichtung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, Streichung des § 158 Abs. 1 S. 3 SGB V

3 Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Streichung des § 158 Abs. 1 S. 3 entfällt das Anhörungsrecht von Ortskrankenkassen bei der Errichtung von Innungskrankenkassen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 148 Abs. 1 SGB V. Die Streichung des Anhörungsrechts von Ortskrankenkassen bei Errichtung von Innungskrankenkassen entspricht der bei Errichtung von Betriebskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung. Sie ist folgerichtig und daher zu begrüßen

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Abschaffung des Anhörungsrecht der AOKen bei IKK-Ausdehnung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, Streichung des § 159 Abs. 3 S. 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Aufhebung des § 159 Abs. 3 S. 2 entfällt das Anhörungsrecht von Ortskrankenkassen bei der Ausdehnung von Innungskrankenkassen auf weitere Handwerksbetriebe.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 148 Abs. 1, 158 Abs. 1 SGB V.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden bei der Vereinigung von IKKen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 160 Abs. 1 S. 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 144 Abs. 1 S. 2. Die Änderung der Zuständigkeit für die Genehmigung einer Vereinigung von Innungskrankenkassen entspricht der bei der Vereinigung von Ortskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung des § 160 Abs. 1 S. 2 vereinfacht den Verwaltungsablauf bei der Vereinigung von. Zugleich bleiben die Beteiligungsrechte der bisherigen Aufsichtsbehörden gewahrt, die ihr Einvernehmen zu der Vereinigung erteilen müssen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Haftung für offene Verbindlichkeiten geöffneter IKKen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 164 Abs. 1 S. 7 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Nach der geplanten Regelung hat die Trägerinnung künftig die Verpflichtungen der geöffneten Innungskrankenkasse zum Zeitpunkt der Wirksamkeit des Öffnungsbeschlusses auszugleichen, soweit sie das Vermögen der Innungskrankenkasse übersteigen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 155 Abs. 4 S. 6 -neu-. Durch die Ergänzung wird der Missbrauch der Öffnungsmöglichkeit von Innungskrankenkassen durch das Abwälzen von Haftungspflichten der Trägerinnung auf die Verbände der Innungskrankenkassen erschwert.

Die Regelung wird insofern begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bildung von IKK-Haftungsfonds

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 164 Abs. 1 S. 8 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch den in § 164 Abs. 1 S. 8 geschaffenen Verweis auf § 155 Abs. 5 schafft der Gesetzgeber für das IKK-System die Möglichkeit, bereits vor Eintritt eines Haftungsfall auf Landes- und Bundesverbandsebene einen Fonds aus Mitteln ihrer Verbandsmitglieder aufzubauen, dessen Mittel zur Erfüllung der Haftungsverpflichtungen auf Grund der Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse zu verwenden sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Möglichkeit zu Errichtung eines Fonds ist grundsätzlich zu begrüßen.

Vgl. im einzelnen die Stellungnahme zu § 155 Abs. 5

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden bei der Vereinigung von Ersatzkassen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 168 a Abs. 1 S. 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 144 Abs. 1 S. 2. Die Änderung der Zuständigkeit für die Genehmigung einer Vereinigung von Ersatzkassen entspricht der bei der Vereinigung von Ortskrankenkassen ebenfalls vorgesehenen Neuregelung.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung des § 168 a Abs. 1 S. 2 vereinfacht den Verwaltungsablauf bei der Vereinigung von Ersatzkassen, die zwei verschiedenen Aufsichtsbehörden unterstehen, erheblich und wird daher begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bildung von Ersatzkassen-Haftungsfonds

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 171 S. 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Neuregelung des § 171 S. 2 schafft der Gesetzgeber für die Ersatzkassenverbände die Möglichkeit, bereits vor Eintritt eines Haftungsfall auf Landes- und Bundesverbandsebene einen Fonds aus Mitteln ihrer Verbandsmitglieder aufzubauen, dessen Mittel zur Erfüllung der Haftungsverpflichtungen auf Grund der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse zu verwenden sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Möglichkeit der Errichtung eines Fonds ist grundsätzlich zu begrüßen, denn die Haftung des Ersatzkassenverbandes für die Verbindlichkeiten der aufgelösten oder geschlossenen (Mitglieds)Krankenkasse hat zur Folge, dass letztlich die übrigen Verbandsmitglieder die finanziellen Folgen der Auflösung oder Schließung der Ersatzkasse zu tragen haben.

Bestanden im Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung Verbindlichkeiten größeren Ausmaßes, kann dies eine erhebliche Belastung der verbliebenen Verbandsmitglieder zur Folge haben. Es erscheint daher sinnvoll, bereits vor Eintritt eines Haftungsfalls einen Fonds zu errichten, dessen Mittel zur Abfederung des mittelbaren Haftungsrisiko einer Krankenkasse zu verwenden sind.

Allerdings sollte ein Einstimmigkeitserfordernis zur Satzungsänderung im Gesetz verankert werden, um sicherzustellen, dass keine Ersatzkasse gegen ihren Willen einer Fondsverpflichtung ausgesetzt werden kann.

Im Gegensatz zu anderen - z.B. regional abgegrenzten - Krankenkassen anderer Kassenarten sind die Ersatzkassen, im Gegensatz zu den Verbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, keine Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Zwangsmitgliedschaft, sondern als eingetragene Vereine privatrechtlich organisiert. Daher ist eine gesetzliche Vorgabe zur Mehrheitsfindung auf Verbandsebene sinnvoll.

5. Änderungsvorschlag

Nach § 171 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

Die Satzungsbestimmung bedarf der Zustimmung aller Mitglieds-kassen

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kassenartenübergreifende Fusionen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 171 a SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Die geplante Neuregelung ermöglicht den AOKen, IKKen, BKKen und Ersatzkassen kassenartenübergreifende Fusionen, indem sich diese Krankenkassen auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte frei vereinigen können.

Die Zugehörigkeit der neu entstehenden Krankenkasse zu einer Kassenart hängt von der mitgliederstärksten der an der Fusion beteiligten Krankenkassen ab. Gleichzeitig soll die Fusion (nur) von der für die durch Fusion entstehende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu genehmigen sein, die hierüber im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden zu entscheiden hat.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Option, sich über Kassenartgrenzen hinweg zu vereinigen, dient der Bildung dauerhaft wettbewerbs- und leistungsfähiger Einheiten der Krankenkassen in einem zu forcierenden Konzentrationsprozess.

Dass sich diese Erweiterung der Vereinigungsmöglichkeiten nicht auf die Sondersysteme der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse erstreckt, ist aus hiesiger Sicht unkritisch. Ebenso erscheint es akzeptabel, die Bestimmung der Kassenart der neu entstehenden Krankenkasse zu einer Kassenart von der Mitgliederstärke der an der Fusion beteiligten Krankenkassen abhängig zu machen.

Die vorgelegte Regelung des § 171 a erweitert die Vereinigungsmöglichkeiten der AOKen, IKKen, BKKen und Ersatzkassen erheblich und ist daher grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings soll nach Art. 26 Abs. 6 des Gesetzentwurfs erst für das Jahr 2007 die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen geschaffen werden. Sinnvoller wäre es, dies schon früher – parallel zur Flexibilisierung des Vertragsrechts 2005 – zu ermöglichen, da man ansonsten in Kauf nehmen müsste, Wirtschaftlichkeitsreserven – die auch aus einem wirksameren Vertragswettbewerb resultieren – später als eigentlich möglich zu realisieren.

5. Änderungsvorschlag

Änderung des Art. 26 Abs. 5 und Abs. 6:

(5) Artikel 1 Nrn. 10, 22 Buchstabe b), 23 Buchstabe b), 32, 33 mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 8, 34, 35 Buchstabe a), 36, 37, 42 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc), 43 Buchstabe e), 44 Buchstaben a) und b) Doppelbuchstabe aa), 47 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) und Buchstabe f) Doppelbuchstabe aa), 51 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa), 55 mit Ausnahme von Absatz 5 Sätze 2 und 3, 66 mit Ausnahme des § 116a, 67, 68 und 69, **113**, 164 treten zum 1. Januar 2005 in Kraft.

(6) Artikel 1 Nr. 56, 57, 59 und Artikel 23 treten zum 1. Januar 2007 in Kraft.

(Vgl.auch die hiermit im Zusammenhang stehenden Regelung zum Kassenbezirk bei kassenartenübergreifenden Fusionen, § 173 Abs. 2 S. 4 SGB V)

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anhörungsrecht der Verbände

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 172 Abs. 1 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Nach der geplanten Regelung werden die bestehenden Anhörungsrechte der betroffenen Verbände bei Errichtung, Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen um den Tatbestand der Öffnung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen erweitert. Dasselbe gilt, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Konsequenz einer Öffnung dieser Krankenkassen ist, dass die Haftung bei Schließung dieser Krankenkassen vom Arbeitgeber bzw. von der Innung auf die Verbände der geschlossenen Betriebs- oder Innungskrankenkasse übergeht. Dementsprechend sollen die betroffenen Verbände auch eine Mitwirkungsmöglichkeit bei Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse erhalten. Dadurch kann einer missbräuchlichen Anwendung der Öffnungs- und Haftungsregelung entgegen gewirkt werden (vgl. auch zu § 155 Abs. 4 und § 164 Abs. 1). Die Neuregelung erschwert die missbräuchliche Nutzung der Öffnungsmöglichkeit.

Das Anhörungsrecht der Verbände besteht auch, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt, da sich auch in diesem Fall - mit Ausnahme im Ersatzkassenbereich - die Haftungszuständigkeit ändert. Hiergegen bestehen keine Einwände.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anhörungsrecht der Verbände

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 172 Abs. 2 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Damit der Verband schon im Vorfeld eines Haftungsfalls die erforderlichen Informationen über die finanzielle Situation seiner Mitgliedskassen erhält, sollen die Krankenkassen künftig verpflichtet, ihm auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Mitgliedskasse erforderlich sind.

Hält der Verband auf Grund der ihm übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Krankenkasse für bedroht, hat er diese über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten.. Zugleich hat der Verband die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation der Krankenkasse und die erfolgte Beratung zu unterrichten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die in der vorgesehenen Regelung des § 172 Abs.2 normierten Informations- und Einsichtsrechte des Verbandes gegenüber seinen Mitgliedskassen stellen einen weitgehenden Eingriff in die Haushaltsführung der Einzelkasse dar.

Dieser ist so weitgehend und dazu noch auf der Tatbestandsebene unbestimmt, dass er nicht nur systemwidrig (originäre Aufgaben der Aufsichtsbehörde die Haushaltslage der ihr unterstellten Krankenkasse zu überwachen) sondern auch völlig unzweckmäßig erscheint.

5. Änderungsvorschlag

Streichung des § 172 Abs. 2

1. Kurzbezeichnung der Regelung

- Unwiderruflichkeit der Öffnungsentscheidung
- Öffnung bei Vereinigung
- Öffnungsverbot für BKKen privater Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 173 Abs. 2 S. 3 - S. 6 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Die geplante Neuregelung des § 173 Abs. 2 S. 3 stellt klar, dass eine Entscheidung zur Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse für betriebs- oder innungsfremde Versicherte unwiderruflich ist.

Die geplante Neuregelung des § 173 Abs. 2 S. 4 verdeutlicht, dass Betriebskrankenkassen oder Innungskrankenkassen nach einer Vereinigung geöffnet bleiben, wenn an der Vereinigung eine oder mehrere geöffnete Krankenkassen beteiligt sind.

Die geplante Neuregelung des § 173 Abs. 2 S. 5 beinhaltet eine Öffnung von Betriebskrankenkassen privater Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die geplanten Regelungen des § 173 Abs. 2 S. 3 und S. 4 verhindern, dass die Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse durch Vereinigung mit einer nicht geöffneten Krankenkasse rückgängig gemacht werden kann.

Damit wird ein bislang bestehendes Wettbewerbsprivileg der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beseitigt. Die geplanten Regelungen des § 173 Abs. 2 S. 3 und S. 4 sind zu begrüßen.

Die geplante Neuregelung des § 173 Abs. 2 S. 5 soll Wettbewerbsverzerrungen verhindern, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen sowie innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch Öffnung von Betriebskrankenkassen privater Kranken- oder Lebensversicherungsunternehmen entstehen können.

Gegen die geplante Neuregelung des § 173 Abs. 2 S. 5 bestehen keine Einwände.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kassenbezirk bei kassenartenübergreifenden Fusionen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 173 Abs. 2 S. 6 SGB V

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Der geplante § 173 Abs. 2 S. 6 legt den Kassenbezirk einer Krankenkasse fest, die aus einer Vereinigung mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart nach § 171a hervorgegangen ist. Maßgeblich hierfür ist - ebenso wie bei der Zuordnung dieser Krankenkasse zu einer Kassenart (vgl. § 171a Abs. 2 Satz 1) - die Mitgliederzahl der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen. Danach ist die vereinigte Krankenkasse in der gleichen Region wählbar, in der auch die mitgliederstärkste an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse wählbar war.

4. Bewertung/Stellungnahme

Um den Kassenbezirk einer durch kassenartenübergreifende Fusion entstehenden Krankenkasse festzulegen, wendet der Gesetzgeber dasselbe "Die-mitgliederstärkste-Krankenkasse- Bestimmt-Prinzip" an wie im Rahmen des § 171 a SGB V

Im Fall der kassenartenübergreifenden Vereinigung zwischen einer mitgliederstärkeren geschlossenen Betriebs- oder Innungskrankenkasse und einer anderen Krankenkasse, wird die neue Krankenkasse in Bezug auf ihren Kassenbezirk so gestellt, als ob die Betriebs- oder Innungskrankenkasse bereits vor der Fusion für betriebs- und innungsfremde Versicherte geöffnet gewesen wäre. Hier trennt sich der Gesetzgeber von dem "Die-mitgliederstärkste-Krankenkasse- Bestimmt-Prinzip".

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 175 Abs. 4 S. 5 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Gemäß § 175 Abs. 4 S. 1 SGB V sind Versicherungspflichtige und Versicherungs-berechtigte an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1.1.2002 ausüben. Diese Mindestbindungsfrist gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht (§ 175 Abs. 4 S. 5 SGB V). Bisher ist unklar, innerhalb welcher Frist dieses Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann. So wird teilweise die Auffassung vertreten, dass das Kündigungsrecht zwar zeitlich nicht befristet ist, aber doch nur in zeitlichem Zusammenhang mit der Beitragserhöhung ausgeübt werden kann. Dabei wird bislang davon ausgegangen, dass die Kündigung "alsbald" nach Kenntnis der Beitragserhöhung erklärt werden muss.

Die geplante Regelung stellt klar, dass das Sonderkündigungsrecht (nur) innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Beitragserhöhung ausgeübt werden kann.

4. Bewertung/Stellungnahme

Da das Sonderkündigungsrecht an das Ereignis "Beitragserhöhung" anknüpft, ist eine zeitliche Begrenzung der Ausübungsoption nach Inkrafttreten der Beitragserhöhung grundsätzlich sachgerecht.

Durch die klarstellende Regelung wird eine bestehende Rechtsunsicherheit beseitigt. Die Regelung wird insofern begrüßt.

Allerdings lässt die Regelung weiterhin zu, dass das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen dann nicht greift, wenn die Erhöhung des Beitragssatzes mit der Vereinigung von Krankenkassen einher geht. In diesen Fällen liegt formal keine Beitragssatzerhöhung vor; die vereinigte Krankenkasse setzt vielmehr als neue Körperschaft zum ersten Mal einen eigenen Beitragssatz fest. Aus Sicht des Versicherten, der an die vereinigte Krankenkasse einen höheren Beitrag zu entrichten hat als an seine bisherige Krankenkasse, ist aber nicht nachvollziehbar, weshalb ihm in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht nicht zustehen soll.

5. Änderungsvorschlag

Nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

"Dies gilt entsprechend für Mitglieder einer an einer Vereinigung beteiligten Krankenkasse, wenn der Beitragssatz der vereinigten Krankenkasse den Beitragssatz ihrer bisherigen Krankenkasse übersteigt; an die Stelle des Inkrafttretens der Beitragserhöhung tritt das Inkrafttreten der Satzung der vereinigten Krankenkasse."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Erweiterte Informationspflicht bei Beendigung einer Mitgliedschaft wegen Nichtzahlung von Beiträgen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 191 SGB V

"Im Fall des Satzes 1 Nr. 3 ist das Mitglied insbesondere darauf hinzuweisen, dass nach dem Ende der Mitgliedschaft eine freiwillige Versicherung auch bei einer anderen Krankenkasse ausgeschlossen ist sowie darauf, dass unter den Voraussetzungen des Bundessozialhilfegesetzes die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch den Sozialhilfeträger möglich ist."

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Mitglieder, deren Mitgliedschaft wegen Nichtzahlung der Beiträge endet, sind auf folgendes hinzuweisen:

- Mitgliedschaft bei anderer Kasse ist nicht möglich
- evtl. übernimmt der Sozialhilfeträger die KV-Beiträge

4. Bewertung/Stellungnahme

Im Sinne einer rechtlichen Klarstellung ist die Regelung zu begrüßen. Beschwerden/ Eingaben können so unter Umständen vermieden werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vermittlung privater Zusatzversicherungen durch die Krankenkassen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1 § 194 Abs. 1a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nach derzeitigem Recht handeln Krankenkassen wettbewerbswidrig, wenn sie ihren Mitgliedern den Abschluss privater Versicherungsverträge vermitteln oder in Kooperation mit privaten Versicherungsunternehmen Zusatzversicherungen anbieten (vgl. § 30 Abs. 1 SGB IV).

Mit der geplanten gesetzlichen Neuregelung soll den Krankenkassen nun die Möglichkeit eröffnet werden, private Zusatzversicherungen zu vermitteln.

Gegenstand dieser Vermittlung kann insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus, sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung ist ein Schritt in die richtige Richtung und wird insoweit begrüßt, als den Krankenkassen zumindest die Vermittlungstätigkeit - wenn auch beschränkt auf einen engen Leistungsbereich - eingeräumt wird. Bei der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Vermittlungstätigkeit handelt es sich um eine Minimallösung.

Grundsätzlich sollte den gesetzlichen Krankenkassen rechtlich ermöglicht werden, selbst individuelle "Zusatzangebote" (z.B. Auslandskrankenversicherung, Sterbegeld, erhöhtes Krankengeld) in Ergänzung zum bestehenden umfassenden Leistungsrahmen anzubieten.

Den Krankenkassen sollte aber zumindest die Kooperationsmöglichkeit eröffnet werden. Die Kooperationslösung hat gegenüber der reinen Vermittlungslösung den entscheidenden Vorteil, dass je nach Ausgestaltung der Kooperation wesentliche Aufgaben bei der Durchführung der Versicherung weiterhin bei den Krankenkassen verbleiben und damit vorhandene personelle Kapazitäten und Know how genutzt werden könnten. Zudem eröffnet die Kooperationslösung der einzelnen Krankenkasse eher die Möglichkeit, Angebote speziell auf die Bedürfnisse ihrer jeweiligen Versicherten abzustimmen.

Erfordernis einer Satzungsregelung bei der Vermittlungslösung

Der Gesetzesentwurf sieht als Grundlage für die Vermittlungstätigkeit eine Satzungsregelung vor. Fraglich ist dabei, wie konkret die geplante Vermittlungstätigkeit in der Satzung der einzelnen Krankenkasse beschrieben werden muss.

Da sich bei einer allgemein gefassten Satzungsregelung, die im wesentlichen nur den Gesetzeswortlaut wiederholt, die Frage stellt, wofür eine solche Satzungsregelung überhaupt erforderlich sein soll, liegt es nahe anzunehmen, dass möglicherweise jede einzelne Vermittlungstätigkeit in der Satzung abgebildet werden müsste.

5. Änderungsvorschlag

Anstelle des § 194 Abs. 1a wird folgender § 56 eingefügt:

"§ 56 SGB V Zuwahlleistungen

(1) Die Krankenkasse kann den Abschluss privater Versicherungsverträge über Zuwahlleistungen zwischen ihren Versicherten und privaten Versicherungsunternehmen vermitteln.

(2) Gegenstand dieser Verträge dürfen kraft oder auf Grund Gesetzes ausgeschlossene Leistungen der Krankenkasse sein oder auch Leistungen sein, die die in diesem Buch vorgesehen Leistungen der Krankenkasse erweitern.

(3) Die Krankenkasse kann mit dem privaten Versicherungsunternehmen einen Geschäftsbesorgungsvertrag schließen, der die Beteiligung der Krankenkasse an der Abwicklung und Durchführung der Verträge nach Abs. 1 regelt."

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfungsstellen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 197 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Neueinrichtung einer Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfungsstelle bei den Krankenkassen

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, die beteiligten Stellen bei der Aufklärung von strafbaren Handlungen im Zusammenhang mit Falschabrechnungen zukünftig stärker in die Pflicht zu nehmen sowie die Berufung eines Beauftragten zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen, wird begrüßt.

Die Stellungnahme zu § 81 a SGB V gilt sinngemäß. Auch in dieser Vorschrift sollte - wie bereits schon zu § 81 a SGB V ausgeführt - die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen konkreter geregelt werden. Die bisher bestehenden gesetzlichen Normierungen regeln beispielsweise nur unzureichend die Datenüberlieferung bei Verdachtsfällen. Dies gilt insbesondere für die Qualität der übermittelten Datensätze sowie - wenn überhaupt - die oftmals zögerliche Herausgabe der angeforderten Daten. Die Konkretisierung der Zusammenarbeit gewährleistet eine effektive Bearbeitung und damit eine zügige Aufdeckung strafbarer Handlungen.

5. Änderungsvorschlag

Gesetzesvorschlag § 197 a Absatz 2:

Die Kassenärztliche Vereinigungen haben bei Verdachtsfällen der ermittelnden Krankenkasse unmittelbar Auskunft zu geben sowie auf deren Antrag Daten, einschließlich personenbezogene Daten, zur Verfügung zu stellen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Veröffentlichung der Vorstandsgehälter für Ersatzkassenverbände

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 212 Abs. 5 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Durch die Verweisungsregelung des § 212 Abs. 5 auf § 35 a Abs. 6 S. 2 bis 4 SGB IV sollen die für die Vorstandsmitglieder der Krankenkassen geplanten Regelungen zur Veröffentlichung der Vergütungen auch für die Verbände der Ersatzkassen Anwendung finden.

Die geplante gesetzliche Regelung sieht ab 1. März 2004 eine Verpflichtung zur Veröffentlichung der jährlichen Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen und wesentlichen Versorgungsregelungen im Bundesanzeiger vor. Veränderungen der jährlichen Vergütungshöhe oder der wesentlichen Versorgungsregelungen sind in gleicher Weise innerhalb eines Monats nach der Vereinbarung zu veröffentlichen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung schafft Transparenz bezüglich der Ausgestaltung der Vorstandsverträge und trägt auf diese Weise dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit Rechnung.

Die Regelung wird daher begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beteiligungen des Bundes am Aufwendungen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 221 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für die versicherungsfremden Leistungen Mutterschaftsgeld und sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 13 Abs. 1 und 15 des Mutterschutzgesetzes), Empfängnisverhütung (§ 24a), Schwangerschaftsabbruch (§ 24b), Haushaltshilfe (§ 38) sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45) aus der Erhöhung der Tabaksteuer zur Verfügung gestellt werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Bund halbjährlich einen Abschlag zahlt und zum 01. Februar des Folgejahres eine genaue Abrechnung darüber erfolgt, wie hoch das Aufkommen aus der Tabaksteuererhöhung im Vorjahr tatsächlich war. Wenn das Aufkommen niedriger war als die Abschlagzahlungen, besteht ein Rückzahlungsanspruch des Bundes. Für das Jahr 2004 werden 1 Milliarde Euro, für das Jahr 2005 1,5 Milliarden Euro und 2006 2 Milliarden Euro zur Hälfte jeweils am 1. Mai und am 1. November als Abschlag gezahlt. Ab 2007 werden zu den gleichen Zeitpunkten Abschläge in Höhe des halben Vorjahresmehraufkommens gezahlt.

Das BVA rechnet mit einer Kopfstelle der GKV ab und erstattet den einzelnen Krankenkassen die Aufwendungen (anteilig).

4. Bewertung/Stellungnahme

Der teilweise Ersatz von versicherungsfremden Leistungen durch den Bund sowie die weitere Erbringung dieser Leistungen durch die Kassen begrüßt. Letzteres, weil hier die für die Leistungserbringung notwendigen Strukturen bereits vorhanden sind und somit zusätzliche Kosten vermieden werden. Problematisch ist, dass keine vollständiger Ersatz der Ausgaben erfolgt sondern nur eine Beteiligung des Bundes, die bei weitem nicht die Aufwendungen der Krankenkassen deckt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Existenzgründer-Zuschuss nicht beitragspflichtig

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 240 Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Nach bisheriger Auffassung der Krankenkassen ist der Existenzgründer-Zuschuss beitragspflichtig. Seitens des BMGS wurde hierzu jedoch eine andere Meinung vertreten. Durch die geplante Änderung wird der Existenzgründer-Zuschuss jetzt definitiv nicht der Beitragspflicht unterworfen

4. Bewertung/Stellungnahme

Der Grundsatz, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen ist, wird durchbrochen. Die Verminderung der Beitragseinnahmen wirkt sich aber durch die bestehende Mindesteinnahme für Selbstständige Existenzgründer nicht in allen Fällen aus.

5. Weiterer Handlungs-/Positionierungsbedarf/Formulierung für Änderungsvorschläge

An dem Grundsatz, dass alle Einnahmen zum Lebensunterhalt für die Beitragsbemessung heranzuziehen sind, sollte festgehalten werden. Es gibt keinen nachvollziehbaren Anlass, den Existenzgründer-Zuschuss anders zu behandeln.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Verdoppelung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen für Versicherungspflichtige

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 248 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Für Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ist bisher der halbe allgemeine Beitragssatz maßgebend. Künftig soll der volle allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt werden. Ausnahme: Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL)

4. Bewertung/Stellungnahme

Die bundesweiten Beitragsmehreinnahmen werden vom BMGS auf ca. 1,9 Mrd. EUR beziffert.

In der Pflegeversicherung tritt keine Änderung ein, da die Beiträge bereits jetzt mit dem vollen Beitragssatz von 1,7 % berechnet werden.

Mit dieser geplanten Änderung werden Rentenbezieher belastet, die zum 01.04.2002 durch den Beschluss des BVerfG in der KVdR versichert wurden und von ihrem Optionsrecht zu Gunsten einer freiwilligen Versicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Sie hatten während ihrer freiwilligen Versicherung aus ihrer Rente und den Versorgungsbezügen Beiträge nach dem ermäßigten Beitragssatz zu zahlen und damit mehr als die pflichtversicherten Rentner (allgemeiner Beitragssatz aus der Rente, halber allgemeiner Beitragssatz aus Versorgungsbezügen).

Künftig müssten die pflichtversicherten Rentner sogar noch höhere Beiträge aus Rente und Versorgungsbezügen zahlen, als die freiwillig versicherten Rentner, die die Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt haben (allgemeiner statt ermäßigter Beitragssatz). Mit einer Vielzahl von Klag- und Widerspruchsverfahren ist zu rechnen.

Zur Ausnahme: Die Gleichbehandlung von ADL-Renten mit Renten aus der gesetzlichen RV bleibt erhalten. Die Änderung ist folgerichtig.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arbeitgeberanteil für KV-Beiträge beträgt nur noch 47%

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 249 Abs. 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die paritätische Finanzierung wird zu Lasten der Versicherten in Höhe des Finanzierungsanteils für das Krankengeld aufgegeben. Finanzielle Auswirkungen bzw. Auswirkungen auf den allgemeinen Beitragssatz ergeben sich nicht. Anders als bei der ursprünglich geplanten Herausnahme des Krankengeldes aus dem Grundleistungskatalog der GKV ergibt sich bei dieser Lösung keine Minderung der Beiträge aus Renten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Eine Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung kann im Interesse der Versicherten nur dann hingenommen werden, wenn den Versicherten nur die Alternative hätten, ihr Krankengeldrisiko privat abzusichern,

Die Aufgabe der paritätischen Finanzierung wird durch die geplante Neuregelung und des geringen Umstellungsaufwands gesetzestechnisch einfach gelöst. Für den Gesetzgeber besteht mit dem gewählten Ansatz zukünftig faktisch für alle weiteren Leistungsbereiche die gesetzestechnische Möglichkeit, weitere Verschiebungen des Arbeitnehmer-/Arbeitgeber-Anteils für andere Leistungsbestandteile der GKV durch weitere Verlagerungen der Finanzierungsanteile vorzunehmen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 257 Abs. 1 - 4 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Arbeitgeber haben einen auf 47 v.H. reduzierten Zuschuss zu zahlen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu § 249 SGB V. Als Folgeänderung des § 249 Abs. 1 SGB V sachlich erforderlich.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 264 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Durch die Änderung des § 264 SGB V wird aus der bisherigen **Kann** - Vorschrift hinsichtlich der Auftragsleistung durch die KV für nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger ein **gesetzlicher** Auftrag .

Die Betroffenen werden leistungsrechtlich, nicht aber mitgliedschaftsrechtlich den GKV -Versicherten gleichgestellt. Die Betroffenen erhalten eine Krankenversicherungskarte.

In Artikel 19 wird das Bundessozialhilfegesetz entsprechend **angepasst** (§§ 37 Abs. 1 und 38 Abs. 3 BSHG).

Für die Auftragstätigkeit der Krankenkasse gilt bisher, dass die vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie ein angemessener Teil der Verwaltungskosten zu ersetzen ist. Das Kostenerstattungsverfahren sieht vor, dass Kosten in Höhe der tatsächlichen entstandenen Aufwendungen erstattet werden. Für den Ersatz der Verwaltungskosten (einschließlich Personalaufwand) bestimmt die neue Regelung jetzt eine pauschale Erstattung mit 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Mit dem Einbezug der Sozialhilfeempfänger in den Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherung werden diese mit GKV-Versicherten gleichgestellt. Sich aus der bisherigen Rechtslage ergebende Verwerfungen werden in wesentlichen Teilen beseitigt. Diese resultierten in der vertragsärztlichen Versorgung daraus, dass die behandelnden Ärzte - anders als für die GKV-Versicherten - im wesentlichen keine Mengen und Preisbegrenzungen bei der Behandlung in Kauf nehmen mussten, da diese Leistungen mit einem (nicht begrenzten) festen Punktwert erstattet wurden.

Durch die Zahlung einer Kopfpauschale wird diese Problematik jetzt abgestellt. Bei Zuzahlungen z.B. für Arzneimittel und Zahnersatz ist eine finanzielle Leistungsfähigkeit dieses Personenkreises möglicherweise nicht gewährleistet, so die Träger der Sozialhilfe diese Kosten tragen müssen. Eine im Vergleich zum bisherigen Versorgungsgrad von Sozialhilfeempfängern und GKV-Versicherten z.B. im Zahnersatz aufwändigere Versorgung wird durch diese Regelung vermieden.

Ob der Ansatz mit 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen kostendeckend ist, kann zur Zeit nicht abschließend beurteilt werden, da die Leistungsausgaben je Fall zur Zeit nicht bekannt sind. Handelt es sich um Leistungs-

fälle mit eher geringeren Kosten, dann muss von Erstattungsbeträgen ausgegangen werden, die Verwaltungskosten nicht decken, bei hohen Leistungsausgaben je Fall ist diese Kostendeckung gegeben. Nur bei einer guten "Durchmischung" der Fallgruppen kann sich ein der Auftragstätigkeit angemessener Verwaltungskostenersatz ergeben.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich

2. Rechtsvorschrift

Artikel 1, § 267 Abs. V Satz 2 SGB V

3. Kurze Darstellung der Regelungsinhalte

Die Regelung ergänzt § 267 Abs. V Satz 2 SGB V um die Verpflichtung der Ärzte und Zahnärzte, die Kennzeichen für die RSA-Versichertengruppen auch in elektronischen Datensätzen zu übermitteln. Bislang galt die Übermittlungspflicht nur für Verordnungsblätter und Überweisungsscheine.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beauftragter zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, §§ 274 a bis c SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Berufung eines Beauftragten zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption durch das BMGS

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, die beteiligten Stellen bei der Aufklärung von strafbaren Handlungen im Zusammenhang mit Falschabrechnungen zukünftig stärker in die Pflicht zu nehmen sowie die Berufung eines Beauftragten zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen, wird begrüßt.

Die in § 274 a Abs.1 SGB V enthaltene Textpassage " ... oder in sonstiger Weise auf einen zweckwidrigen Einsatz der Finanzmittel hinwirken." sollte aus den o.g. Gründen (siehe Stellungnahme §§ 81a, 197 a SGB V) herausgenommen werden. Im Hinblick auf die Vorschrift des § 274 a Abs.4 SGB V ist zu bedauern, dass der Beauftragte den dort genannten Personenkreis im Gegensatz zu den in § 274 Abs.3 SGB V aufgeführten Behörden lediglich um die Übermittlung der erforderlichen Daten bitten und nicht dazu explizit auffordern kann.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

MDK - Begutachtung und Beratung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 275 Abs. 3

3. Kurze Darstellung der Regelungsinhalte

Zur Klarstellung wird Abs. 3 Nr. 1 gestrichen, so dass kieferorthopädische Behandlungen künftig von Abs. 1 Nr. 1 umfasst werden. Damit soll § 275 Abs. 1 Nr. 1 umfassend die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst auch für die vertragszahnärztliche Versorgung nach §§ 27 bis 30 SGB V regeln.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Sozialdaten bei den Krankenkassen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 284 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

a.) Die Sozialdatenerhebung und -speicherung soll auch für die Durchführung von Qualitätsprüfungen nach dem neuen § 106b Abs. 10 SGB V (Stichprobenprüfung im Einzelfall bei Einzelverträgen zur fachärztlichen Versorgung) ermöglicht werden.

b.) Definition, wofür die übermittelten Daten von den Leistungserbringern nach Einzelverträgen ohne KV-Beteiligung genutzt werden dürfen.

4. Bewertung/Stellungnahme

a.) Notwendige Folgeänderung aufgrund des neuen § 106b SGB V.

b.) Die Daten der Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen haben, sind in ihrem Nutzungsumfang gegenüber den Daten, die über die KVen übermittelt werden, stark eingeschränkt nutzbar.

Sie dürfen danach nur erhoben und gespeichert werden für die

- Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte einschl. der Verfahren bei Kostenerstattung und Härtefällen,
- Abrechnung mit den Leistungserbringern
- Durchführung von Qualitätsprüfungen (Stichprobenprüfung) > s. a.)
- Versichertenankünfte nach § 305 Abs. 1 SGB V

Unberücksichtigt bleiben die Aufgaben, wie beispielsweise

- Unterstützung bei Behandlungsfehlern
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern etc.

Diese Regelung läuft dem Ansatz zur Datentransparenz zuwider. Die von den Krankenkassen zu erledigenden Aufgaben (Leistungsrecht und Forderungsrealisierung) würden nicht mehr durchführbar sein. Die Regelung ist dringend modifikationsbedürftig.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Personenbezogene Daten

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 285 Abs. 1 und 2 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Folgeänderungen aus §§ 106, 106 a SGB V

4. Bewertung/Stellungnahme

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Neugestaltung der Krankenversichertenkarte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, §§ 290, 291 SGB V

3. Kurze Darstellung der Regelungsinhalte

Die Spitzenverbände sollen sich bis zum 30.06. 2004 eine Verständigung über einen einheitlichen Aufbau einer Krankenversichertennummer verständigen (§ 290 Abs. 1 und 2)

Auf die Krankenversichertenkarte soll zusätzlich ein Lichtbild aufgetragen und zusätzliche Kennzeichnungen für weitere Merkmale gespeichert werden wie Teilnahme am Hausarztmodell. Geschlecht, Zuzahlungsstatus)

4. Bewertung/Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Änderungen zur Vereinheitlichung der Nomenklatur der Krankenversichertennummern sind notwendig, um die später vorgesehenen (grundsätzlich) begrüßenswerten Vorschläge zur Datentransparenz realisieren zu können.

Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen bedingen eine vollständige Neukonzeption der (konventionellen) Krankenversichertenkarte, die GKV-weit komplett auszutauschen wäre, mithin erhebliche Kosten verursachen würde. Vor dem Hintergrund der in § 291 a -neu- SGB V bis 2006 vorgesehenen Einführung einer elektronischen Krankenversichertenkarte wäre es zielführend, die Änderungen zeitlich zu synchronisieren, d.h. mit der Einführung der vorgesehenen elektronischen Krankenversichertenkarte die hier vorgesehenen Änderungen vorzunehmen. Damit würden Doppelaufwendungen, die innerhalb eines Zeitraums eines Jahres (ab 2006 soll die elektronische Krankenversichertenkarte eingeführt werden, die Umsetzung der hier vorgesehenen Regelungen würde ein Neuausstattung nicht vor 2005 realisieren lassen) vermieden.

Die Einführung eines Lichtbildes ist mit erheblichen Verwaltungskosten verbunden. Außerdem erhöhen sich die Kosten für die Produktion der Karten: statt ca. 1 € je Karte entstehen Kosten von ca. 3 - 5 €.

Wenn eine bundeseinheitliche Vergabe der Mitgliedsnummern erfolgt, sollte dies für alle Zweige der Sozialversicherung erfolgen. Für die Versicherten wäre dies jedenfalls eine spürbare Vereinfachung.

Die optionale Einführung einer digitalen Signatur ist grundsätzlich zu begrüßen. Da Anwendungen im Gesundheitswesen jedoch ohne digitale Signaturen umsetzbar sind, ist der Einsatz digitaler Signaturen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die mit anderen Kostenträgern umzusetzen wäre.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 291a SGB V

3. Kurze Darstellung der Regelungsinhalte

Bis zum 1. Januar 2006 soll eine elektronische Krankenversichertenkarte eingeführt werden. Diese soll die Voraussetzung dafür schaffen,

- das elektronische Rezept
- und weitere Anwendungen (wie die Arzneimitteldokumentation, Elektronische Patientenakte)

realisieren zu können. Die Technologie, mit der die Gesundheitskarte realisiert werden soll, wird offen gelassen.

Es ist vorgesehen, dass sich die Spitzenverbände mit der KBV, der DKG und der ABDA einvernehmlich auf die erforderliche Infrastruktur verständigen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Maßnahmen greifen die Arbeiten des Aktionsforums für Telematik im Gesundheitswesen (ATG) auf, sind zielführend und schaffen durch ihre Fristsetzung die Beteiligten den erforderlichen Handlungsdruck. Im Sinne einer Verfahrensbeschleunigung ist grundsätzlich zu begrüßen, dass Handlungsdruck auf die beteiligten Spitzenorganisationen erzeugt wird, sich auf die Schaffung der Voraussetzungen für die erforderliche Kommunikationsinfrastruktur zu verständigen. Die in der Vergangenheit interessengeleitete Positionierung einzelner kann dann nicht zu weiteren Verzögerungen führen.

Mit der Regelung soll der Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte im Zusammenhang mit dem elektronischen Rezept und der Leistungsanspruchnahme im Ausland für alle Versicherten verbindlich geregelt werden. Der Gesetzesentwurf spricht dabei von der "Ermöglichung" dieses Einsatzes. Der Entwurf des GMG sieht die Ermöglichung dieser Inanspruchnahme bis zum 01.01.2006 vor. Dies wird grundsätzlich begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 293 Abs. 1 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Änderungen sollen klarstellen, dass Datenübermittlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung nur nach dem aktuellen Stand der technischen Entwicklung in elektronischer und maschinell verwertbarer Form erfolgen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt. Der Einsatz zeitgemäßer Kommunikationsformen auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird damit abgesichert.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Informationsgrundlagen der Krankenkassen
Kennzeichen für Leistungserbringer und Leistungsträger

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 293 Abs. 4 und 5 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Anpassung infolge der Erweiterung Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten per elektronischer Datenübermittlung.
- Arzt-/Zahnarztverzeichnis mit der unverschlüsselten Arzt-/Zahnarztnummer nach den Vorschriften der Datenübermittlung

4. Bewertung/Stellungnahme

Bisher bestand für die Leistungserbringer die Möglichkeit, die maschinelle Aufbereitung auf die Kostenträger zu verlagern, wodurch bei der Datenqualität und Vollständigkeit Defizite entstanden.

Die Regelung in Absatz 4 dient grundsätzlich der Klarstellung, dass den Kassen durch die KBV und KZBV ein bundesweites unverschlüsseltes Verzeichnis zur Verfügung zu stellen ist. Die Regelung ist nicht geeignet, die bestehenden Probleme mit den Arztverzeichnissen zu lösen.

5. Weiterer Handlungs-/Positionsbedarf/Formulierungen für Änderungsvorschläge

Zur Änderung in Absatz 4:

Die Klarstellung zur Lieferung einer unverschlüsselten Arzt-/Zahnarztnummer allein löst nicht die bestehenden Probleme.

Der Satz 3 (alt) des § 293 regelt nur die Verschlüsselung der Arzt-/Zahnarztnummer für die Abrechnung. Diese hat mit der Kernaussage des § 293 Abs. 4 (=grundsätzliche Erstellung eines bundesweiten Verzeichnisses der zugelassenen Ärzte/Zahnärzte zur Durchführung der Aufgaben der Kassen) nichts zu tun.

Die Vertragsarztnummern sind nach einer bundesweit einheitlichen Nummerierungssystematik erstellt und enthalten die Zuordnung zur KV und zum Fachgebiet. Innerhalb dieser Nummernkreise sind die KVen der Länder weitgehend autonom.

Die bundeseinheitliche Nummernnomenklatur ist bei den Vertragszahnärzten nicht gegeben. Die Zahnarztnummern werden von jeder der 22 KZVen auf den KZV-Bereich bezogen vergeben, die Nummer enthält keine Zuordnung zur KZV. Eine eindeutige Identifikation des Zahnarztes im Bundesgebiet ist somit nicht gewährleistet.

Die gesetzliche Verpflichtung der Zahnärzte an der Mitwirkung / Lieferung muss deshalb klar geregelt werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Übermittlung von Leistungsdaten (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 295 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Änderung der Verlaufsdocumentation bei der Abrechnung:

- Bei Überweisung Angabe der Arztnummer des überweisenden Arztes
- Folgeregelung aufgrund Neufassung §§ 106, 116 über Einzelverträge. Verlaufsdocumentation und Abrechnung ambulanter Behandlung von Fachärzten oder KH-Ärzten bei Einzelverträgen werden den Anforderungen an die Datenübermittlung der vertragsärztlichen Versorgung gleichgestellt.
- Festschreibung der DFÜ als weitere Möglichkeit der Abrechnungsübermittlung
- direkte Abrechnungsmöglichkeit (ohne KV-Beteiligung) mit den Kassen (Absatz 1b)

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Angabe des überweisenden Arztes ist für die Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) notwendig. Des weiteren ergeben sich notwendige Änderungen durch die vertragliche Option Einzelverträge und der damit verbundenen Abrechnung des Leistungserbringers direkt mit den Kassen bzw. Verbänden.

5. Änderungsvorschläge

Bei Datenübermittlung auf Basis von Einzelverträgen muss die Verpflichtung der Leistungserbringer festgeschrieben werden, Daten entsprechend der Datenstruktur der Technischen Anlage (TA) zu übermitteln, wie sie auf Spitzenverbandsebene vereinbart werden.

Umgang mit Hochschulambulanzen: Als Grundlage für die maschinelle Abrechnung ist der § 295 SGB V (neu) nicht zielführend, da hier explizit auf die KVen als Absender der Daten abgestellt wird. Die Übermittlung von Leistungsdaten aus Hochschulambulanzen aus Universitätskliniken ist bislang nicht geregelt. Die Landesebene müsste mit den Hochschulkliniken die maschinelle Übermittlung von Leistungsdaten und alle datentechnischen Details der Datenlieferung vereinbaren. Eine klare gesetzliche Berücksichtigung unter (1b) wäre hier hilfreich, da es sich entweder um ambulante ärztliche oder zahnärztliche Leistungen handelt, die aus speziellen Einrichtungen innerhalb eines Krankenhausbetriebes erbracht werden.

Formulierung für Änderungsvorschlag: "

(1b) Die Leistungserbringer, die mit den Krankenkassen und ihren Verbänden Verträge nach §§ 106a oder 116b abgeschlossen haben **sowie ambulante ärztliche Leistungen aus Klinikambulanzen**, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, Leistungserbringer nach § 116b zusätzlich ihr Institutionskennzeichen, an die jeweiligen Vertragspartner im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Das Nähere regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitlich und gemeinsam."

Es wäre wünschenswert, eine gesetzliche Formulierung - analog der in Abs. 2 S. 2 zu den nichtärztlichen Dialyseleistungen im Hinblick auf den Risikopool - aufzunehmen, dass bei Überweisungen zusätzlich die Arzt-Nr. des überweisenden Arztes anzugeben ist.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Übermittlung von Leistungsdaten (Auffälligkeitsprüfungen)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 296 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Regelt die Datenübermittlung zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung an die Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassungen des § 106 SGB V.

War bisher geregelt, dass die Daten auf Verlangen auf Datenbändern und anderen maschinell verwertbaren Datenträgern zu übermitteln sei, so wird jetzt fest vorgeschrieben "im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern". An dieser Stelle wird folglich die Verlagerung vom "Medium" Papier auf Datenträger verdeutlicht. Vor dem Hintergrund der Vereinheitlichung auf Bundesebene ist dies zu begrüßen.

Weggefallen sind zwei bislang zu erfüllende Datenlieferungen:

1. In Überweisungsfällen übermitteln die KVen den Krankenkassen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie des die Überweisung annehmenden Arztes (§ 296 Abs. 2) und
2. Die Krankenkassen übermitteln den KVen aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für jedes Quartal die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle und deren Dauer (§ 296 Abs. 5)

Der Wegfall ist zu begrüßen, da einem großen organisatorischen und finanziellen Aufwand für die Datenerfassung -aufbereitung und -lieferung dieser Daten keine positive Prüfeffekte gegenüber standen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Übermittlung von Leistungsdaten (Zufälligkeitsprüfungen)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 297 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Regelt die Datenübermittlung zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung an die Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassungen des § 106 SGB V.

Bislang bestimmten die Vertragspartnern je Quartal nach Vorliegen der Abrechnungsunterlagen gemeinsam die Ärzte, die in die Stichprobenprüfung einbezogen werden. Künftig erfolgt die Prüfung nach den von den Vertragspartnern erarbeiteten Vorgaben des neugefassten § 106 Abs. 3 SGB V.

Die Verlagerung vom "Medium" Papier auf den Datenträger wird verdeutlicht. Vor dem Hintergrund der Vereinheitlichung auf Bundesebene ist dies zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Übermittlung von Leistungsdaten-(Richtlinienprüfungen)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 297a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Dieser neue Paragraph regelt die Datenübermittlung zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung an die Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassungen des § 106 SGB V.

Hierdurch wird die Grundlage für die Datenübermittlung zum Zwecke der Überprüfung der Einhaltung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über verordnete Leistungen nach § 106 Abs. 5b SGB V (neu) geschaffen.

Die vorgesehenen Maßnahmen dienen der Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bei der Umsetzung wird geprüft werden müssen, ob sich der Mehraufwand durch entsprechende Rückflüsse amortisiert.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arzneimittelabrechnung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 300 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Verordnungsblätter sind von den Apotheken unabhängig von der geleisteten Zuzahlung an die Krankenkassen weiter zu leiten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Der Gesetzgeber will durch diese Klarstellung erreichen, dass auch Rezepte, bei denen die Zuzahlung den Arzneimittelabgabepreis übersteigt (sogenannte "Nuller"-Rezepte), an die Kassen weiter geleitet werden. Die Krankenkassen benötigen diese Verordnungen zur korrekten Ermittlung geleisteter Zuzahlung und für die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Auch nach der bestehenden Regelung haben die Verordnungen den Kassen zur Verfügung zu stehen. Da die Apotheken den Rabatt jedoch auf den für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreis erhalten, wird ihnen auch für diese Rezepte, für die Krankenkassen nichts bezahlt haben, ein Rabatt berechnet, weshalb diese Verordnungen oft nicht weiter gereicht werden.

Sofern die vorgesehenen Regelungen zur Befreiung von der Arzneimittelzuzahlung durchgängig realisiert werden, würde diese Problematik weitgehend hinfällig.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Datenübermittlung-Krankenhäuser

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 301 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Die Änderungen sollen klarstellen, dass Datenübermittlungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung - hier Datenaustausch Krankenhäuser - nur nach dem aktuellen Stand der technischen Entwicklung in elektronischer und maschinell verwertbarer Form erfolgen können.
- Die Erweiterung der Versichertenkarte um die Parameter "Geschlecht" und "Zahlungsstatus" sind im maschinellen Datenaustausch mit den Krankenhäusern sowie im maschinellen Datenaustausch im Vorsorge- und Reha-Einrichtungen umzusetzen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Änderungen werden von der TK begrüßt, da hierdurch der Druck auf die Krankenhäuser erhöht wird, die neuen Formen der Kommunikationswege - elektronischer Datenaustausch - zu forcieren.

Aufgrund der in § 303 SGB V vorgesehenen Sanktionsmöglichkeit der Krankenkassen bei Krankenhäusern, die nicht am Datenaustausch teilnehmen (ab 01.01.2004 Rechnungskürzung bis zu 5 % des Rechnungsbetrags) ist bereits in 2003 mit einer überproportionalen Anzahl von durchzuführenden Testverfahren zur Aufnahme des Datenaustausches auszugehen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Datenaustausch mit Hebammen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, §301a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Im § 301a SGB V wird der Datenaustausch mit Hebammen geregelt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Der § 301a SGB V wird wie die anderen Bestimmungen zum Datenaustausch auch an die aktuelle technische Entwicklung angepasst. Nunmehr sind auch die Hebammen verpflichtet, ihre Abrechnungsdaten auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder per Datenfernübertragung zu übermitteln.

Die Regelung wird ausdrücklich unterstützt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

2 Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 302 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

§ 302 SGB V regelt Art, Umfang und das Medium der von den sonstigen Leistungserbringern zu liefernden Abrechnungsdaten

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen wird der technischen Entwicklungen wie in allen anderen Leistungsbereichen auch angepasst. Zukünftig scheidet eine Übersendung der Abrechnungsdaten in Form eines maschinenlesbaren Papiervordrucks aus. Als technische Medien kommen allein die elektronische Datenübertragung oder der maschinell verwertbare Datenträger in Frage.

Die Regelung wird ausdrücklich unterstützt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ergänzende Regelungen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 303 Abs. 3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Krankenkassen werden verpflichtet, Datenlieferungen, die nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechend verwertbar übermittelt werden, nachzuerfassen.

Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, sind die zusätzlichen Kosten, die durch die Nacherfassung von Abrechnungen bei den Krankenkassen entstehen, den Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrags in Rechnung zu stellen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die TK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit der Rechnungskürzung und einer verursachungsgerechten Kostenbelastung des Leistungserbringers, wenn ein Leistungserbringer nicht den Datenaustausch nutzt. Diese Sanktionsmöglichkeit ist eher umsetzbar als das in der ursprünglichen Fassung vorgesehene gesetzliche Vergütungsverbot.

Anstelle der vorgesehenen Regelungen sollte ein Verfahren realisiert werden, in dem die Leistungserbringer verpflichtet werden, die Daten nachzuerfassen und die Krankenkassen berechtigt werden, die Rechnung um den Betrag, in dessen Höhe Daten nicht geliefert werden, so lange zu kürzen, so lange die Leistungserbringer ihren Datenlieferungsverpflichtungen nicht nachgekommen sind.

Es sollte noch eine Regelung vorgesehen werden, mit der bei einer Rechnungskürzung ausgeschlossen sein muss, dass dem Versicherten die Kosten der manuellen Erfassung in Rechnung gestellt werden.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Datentransparenz

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 303a bis 303f SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Es sind Regelungen vorgesehen, die eine verbesserte Datentransparenz herstellen sollen. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen werden verpflichtet, Abrechnungsdaten an eine Vertrauensstelle zu übermitteln, die diese nach Pseudonymisierungen aufbereitet. Nach Aufbereitung können die Daten von den Krankenkassen, KVen, weiteren Leistungserbringern auf Spitzenverbandsebene dem Robert-Koch-Institut, dem Zentrum für Qualität, Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung sowie den obersten Landes- und Bundesbehörden genutzt werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die in § 303 f erklärten Ziele (Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben, Verbesserung der Qualität der Versorgung, Planung von Leistungsressourcen, Analyse und Entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsformen) werden von der TK nachhaltig unterstützt. Sie sind jedoch um ein weiteres Ziel, die qualifizierte Information der Versicherten zu erweitern.

Heute verfügen einzelne Institutionen über Wissensmonopole, in denen Informationen ungenutzt brach liegen, die für Versicherte und Patienten nutzbar gemacht werden könnten. So wird z.B. das Wissen der Kassenärztlichen Vereinigungen, welche Leistungen von welchem Arzt wie häufig erbracht werden, nicht für Transparenz und eine Verbesserung der Versorgung genutzt. Für andere Leistungsbe-reiche wie z.B. die Krankenhausversorgung trifft dies genauso zu. Heute liegen Informationen über Leistungsstrukturen und das Leistungsgeschehen atomisiert bei fast 400 Krankenkassen vorliegen. Jede Krankenkasse weiß, welcher Leistungserbringer für ihre Versicherten welche Leistungen erbracht hat Ein Gesamtüberblick fehlt jedoch.

Daher kann heute keinem Versicherten, der sich z.B. einem planbarem Eingriff unterziehen muss, eine unabhängige Information darüber gegeben werden, welche Einrichtung diesen Eingriff wie häufig durchgeführt hat und damit über entsprechende Erfahrungen verfügt. Solche strukturierten Informationen sind jedoch unerlässlich – sowohl um den Informationsbedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen als auch um einen Qualitätswettbewerb zu etablieren und zu fördern.

Erst ein sektoraler und übersektoraler Gesamtüberblick über Häufigkeiten erbrachter Leistungen schafft für die einzelnen Krankenkasse die Grundlagen dafür, Ihrer Versicherten eine qualifizierte Beratung anbieten und Leistungsvereinbarungen mit einzelnen Anbietern, auch im Wege integrativer Versorgungsformen, treffen zu können. Ein entsprechend konstituierter Datenpool, der in diesem Sinne von allen Beteiligten gleichberechtigt genutzt werden könnte, schafft damit die Basis für die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote.

Steuerungsaufgaben durch die Krankenkassen und konkrete Qualitätsverbesserungen, die einen zusätzliche Aufwand grundsätzlich rechtfertigen würden, können nur dann wahrgenommen werden, wenn identifiziert werden kann, welche konkrete Angebotsstruktur welche Leistungen auch abgerechnet hat. Erst auf dieser Grundlage wird es möglich, konkrete Versorgungsangebote gestalten, aber auch Versicherte gezielt über Versorgungsangebote informieren zu können.

Allgemeine Aussagen darüber, dass in einzelnen Regionen einzelne Fachgruppen einzelne Leistungen häufiger oder weniger häufig abgerechnet haben, reichen nicht aus, um Angebotsstrukturen zielgerichtet weiterentwickeln (und ggf. umstrukturieren zu können) noch tragen sie dem Informationsbedürfnis der Versicherten hinreichend Rechnung, welche konkrete Einrichtung sie in Anspruch nehmen können.

Der erhebliche Aufwand für den Aufbau einer Infrastruktur ist sinnvoll, wenn daraus tatsächlich bessere Informationen gewonnen werden können. Das setzt allerdings voraus, dass auf eine Pseudonymisierung der Leistungserbringerdaten (§ 303 c Abs. 2 SGB V) verzichtet wird.

Der mit dem zusätzlich Aufbau administrativer Strukturen verbundene erhebliche Finanzbedarf, sofern er von der GKV (mit)getragen werden soll, kann gegenüber den Beitragszahlern nur gerechtfertigt werden, wenn sichergestellt ist, dass mit den Regelungen die verfolgten Ziele auch erreicht werden können.

Regelungen, mit denen keine konkreten Versorgungs- und Informationsdefizite identifiziert und abgestellt werden können, sondern allgemeine Abbildungen der Versorgungsrealität ermöglichen, sind keine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sondern Gegenstand allgemeiner, für die Versorgung nicht unmittelbar umsetzbare Forschungsvorhaben, für die konsequenterweise eine andere Kostenträgerschaft gefunden werden müsste.

5. Änderungsvorschlag

§ 303 f Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

(2) Die Nutzungsberechtigten können die Daten insbesondere für folgende Zwecke nutzen:

- 1. Die Information der Versicherten über Leistungsangebote**
2. Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
3. Verbesserung der Qualität der Versorgung,
4. Planung von Leistungsressourcen (Krankenhausplanung etc.),
5. Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
6. Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung,
7. Analyse und Entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsformen

§ 303 c Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

[...Eine Identifikation des Versicherten durch diese Angaben ist auszuschließen...]

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Prüfungsausschüssen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 304 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Vorschrift regelt die Datenaufbewahrungsfristen und Lösungsverpflichtungen nach Ablauf bestimmter Jahresfristen. Mit der Neufassung des § 304 SGB V wird die Aufbewahrungsfrist von Daten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools auf höchstens sechs Jahre festgelegt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Der Geltungsbereich wird auf die Prüfungsausschüsse nach § 106 SGB V ausgeweitet. Die bisherige Aufbewahrungsfrist für die Daten, die zur Wirtschaftlichkeitsprüfung benötigt werden, wird in Analogie zum § 45 SGB I (Verjährung von Ansprüchen auf Sozialleistungen) von 2 auf 4 Jahre erweitert. Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dies zu begrüßen, da der bisherige Zeitraum für die Durchführung des Prüfgeschäfts bislang sehr knapp bemessen war und teilweise einen enormen Zeitdruck auslöste.

Eine kleine Unstimmigkeit in der Begründung zu Doppelbuchstabe bb) fällt jedoch auf: Es wird Bezug auf die Aufgaben nach § 83 Abs. 2 genommen, der jedoch wegfallen soll. Die dort bislang geregelte Plausibilitätsprüfung ist jedoch nicht weggefallen, sie soll künftig in § 106a geregelt werden.

Bislang war die Aufbewahrungsfrist für die Daten, die zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) erstellt werden, lediglich in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelt. Eine explizite Festschreibung der Aufbewahrungsfristen auch im Sozialgesetzbuch erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Allerdings fällt die im Arbeitsentwurf vorgeschlagene Aufbewahrungsfrist von sechs Jahren hinter die in § 3 Abs. 7 RSAV vorgegebene Aufbewahrungsfrist von neun Jahren für die RSA-Daten zurück. Dies erscheint nicht sinnvoll. Im RSA werden jährlich neben den Berechnungen für das jeweilige Ausgleichsjahr auch Korrekturläufe für das erste und das fünfte Vorjahr durchgeführt. Sind nun Daten nach (spätestens) sechs Jahren zu löschen, kann zwar noch der Korrekturlauf für das fünfte Vorjahr durchgeführt werden. Die Überprüfung der Meldungen seitens des Bundesversicherungsamtes sowie der Prüfdienste stellt jedoch zunächst auf Vergleiche der Korrekturmeldung mit der ursprünglichen Meldung ab. Nur so können gegebenenfalls Auffälligkeiten festgestellt werden.

Ist die Vergleichsbasis jedoch nach (spätestens) sechs Jahren zu löschen, so entfällt diese Möglichkeit. Es besteht die Gefahr, dass Manipulationen an Daten-

meldungen nicht entdeckt werden können. Bemühungen zur Verbesserung der Datenqualität im RSA werden dadurch konterkariert.

Die TK schlägt daher vor, die gesetzliche Vorgabe zur Aufbewahrung von RSA-Daten an die bislang schon bestehende Regelung in der RSAV anzulehnen. Die Aufbewahrungsfrist für RSA-Daten sollte daher auf neun Jahre festgelegt werden.

5. Änderungsvorschlag

b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„2. Daten, die auf Grund der nach § 266 Abs. 7 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (§§ 266, 267) erforderlich sind, nach neun Jahren,

3. Daten nach § 295 Abs. 1a, 1b und 2, Daten, die auf Grund der nach § 266 Abs. 7 Satz 1 erlassenen Rechtsverordnung für die Durchführung des Risikopools (§ 269) erforderlich sind, sowie Daten, die für die Prüfungsausschüsse und ihre Geschäftsstellen für die Prüfungen nach § 106 erforderlich sind, spätestens nach sechs Jahren“

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Auskünfte an Versicherte durch Vertragsärzte und -zahnärzte (Patientenquittung), § 305 Abs. 2 SGB V Information der Krankenkassen über zugelassene Leistungserbringer (§ 305 Abs. 3 SGB V)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 305 Abs. 2 + 3 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Auskünfte an Versicherte durch Vertragsärzte und -zahnärzte (Patientenquittung).

Die Versicherten erhalten auf Verlangen von den Vertragsärzten und -zahnärzten direkt im Anschluss an die Behandlung oder quartalsweise - spätestens 4 Wochen nach Ablauf des Quartals - schriftlich Informationen über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten.

Die Versicherten zahlen für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung eine Aufwandspauschale in Höhe von 1 € zuzüglich Versandkosten. Das Nähere sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bzw. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bis zum 31.03.04 regeln. Kommt dieses nicht zustande, wird das BMGS durch Rechtsverordnung bestimmen.

Information der Krankenkassen über zugelassene Leistungserbringer

Versicherte sollen auf Verlangen von ihrer Krankenkasse umfassend Auskünfte über zugelassene Leistungserbringer, Gesundheitszentren und Leistungserbringer mit Einzelverträgen, sowie verordnungsfähige Leistungen (z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) erhalten können.

4. Bewertung/Stellungnahme

Auskünfte an Versicherte durch Vertragsärzte und -zahnärzte

(Patientenquittung)

Die Versicherten erhalten jetzt auf Verlangen, also bei tatsächlich vorliegendem Interesse, eine entsprechende Information. Hinsichtlich der zu berücksichtigenden Kosten ist diese Vorgehensweise sinnvoll.

Der Gesetzgeber kommt durch die Änderung des § 305 Abs. 2 SGB V der Forderung von Patientenverbänden, Politik und Krankenkassen - nach mehr Transparenz im vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Bereich - nach, wenn auch finanzielle Mehrausgaben für die Krankenkassen daraus resultieren.

Die Informationen über Art und Kosten der Behandlung sollen dabei auch Abrechnungsmanipulationen erschweren und das Kostenbewusstsein der Patienten stärken.

Information der Krankenkassen über zugelassene Leistungserbringer

Grundsätzlich informieren die Krankenkassen ihre Versicherten bereits schon jetzt auf deren Verlangen hin über Leistungserbringer, sowie verordnungsfähige Leistungen. Insofern stellt sich die Frage, wie der Gesetzgeber in diesem Fall "umfassend" definiert.

Bei den Informationen zum Leistungserbringer steht i.d.R. die Frage im Vordergrund, ob dieser jeweils zugelassenen ist. Für darüber hinaus gehende qualitative Informationen (z. B. ob der einzelne Arzt oder Zahnarzt in bestimmten Schwerpunkten tätig ist oder welche bestimmten Behandlungsmethoden angeboten werden) fehlen den Krankenkassen derzeit die Daten. Diese werden von den KVen bzw. KZVen nicht übermittelt bzw. werden größtenteils auch dort nicht vorgehalten.

Über Qualifikationen, Zusatzqualifikationen, Weiterbildungen von Leistungserbringern liegen den Kassen keine gesicherten Informationen vor.

Es sind daher Regelungen für eine qualitätsgesicherte Mitteilungsverpflichtung der Leistungserbringer bzw. der sie vertretenden Organisationen einzuführen, damit die Krankenkassen das Informationsbedürfnis ihrer Versicherten vollständig erfüllen können.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beratung der Vertragsärzte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 305 a SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Gemäß § 305 a SGB V können Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen Vertragsärzte in erforderlichen Fällen auf Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder einem kürzeren Zeitraum erbrachten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit beraten.

Durch die jetzige textliche Ergänzung, können auch Informationen, die der Vertragsarzt von der KV, der KBV, den Krankenkassen und ihren Verbänden über verordnungsfähige Leistungen erhalten kann, auch Gegenstand einer Beratung sein (siehe §§ 73 Abs. 8, 127 Abs. 3 SGB V).

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen können bei anstehenden Beratungen der Vertragsärzte jetzt auch vergleichend über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen, einschließlich der Preise informieren. Daneben können auch Hinweise (nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse) zu Indikationen und therapeutischen Nutzen von verordnungsfähigen Leistungen gegeben werden. Die Beratungsinhalte werden damit konkretisiert und erweitert. Die Regelung ist deshalb zu begrüßen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Gleichstellung der Gesundheitseinrichtungen in den neuen Ländern

2. Rechtsvorschriften

Artikel 1, § 311 SGB V

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Einrichtungen der ehemaligen DDR werden den neu geschaffenen Gesundheitszentren gleichgestellt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

Artikel 2

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

2. Rechtsvorschriften

Artikel 2, §§ 135 Nr. 5 und 345 Nr. 6 SGB III

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

-

4. Bewertung/Stellungnahme

Klarstellende Folgeregelung zur Neuordnung des Rechts der Jahresarbeitsentgeltgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Änderung der Inhaltsübersicht nach § 116

2. Rechtsvorschriften

Artikel 3, § 117 Verwaltungsausgaben der Bundesknappschaft

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

-

4. Bewertung/Stellungnahme

Redaktionelle Änderung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahme

2. Rechtsvorschriften

Artikel 3, § 23a Abs. 5 SGB IV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

-

4. Bewertung/Stellungnahme

Klarstellende Folgeregelung zur Neuordnung des Rechts der Jahresarbeitsentgeltgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Pauschale Aufteilung der Beiträge für geringfügig Beschäftigte zwischen landw. und allgemeiner Krankenversicherung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 3, § 28k Abs.1 SGB IV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Aufteilung der Beiträge für geringfügig Beschäftigte soll vereinfacht und wenn möglich pauschaliert werden. Einzelheiten sollen die beteiligten Spitzenverbände regeln. Die Vereinbarung soll rückwirkend zum 01.04.2003 - dem Tag des Übergangs des Verfahrens auf die Bundesknappschaft - gelten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Beratungen der Spitzenverbände bleiben abzuwarten

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Veröffentlichung der Vorstandsgehälter

2. Rechtsvorschriften

Artikel 3, § 35a Abs. 6 SGB IV

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die geplante gesetzliche Regelung sieht ab 1. März 2004 eine Verpflichtung zur Veröffentlichung der jährlichen Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen und wesentlichen Versorgungsregelungen im Bundesanzeiger vor. Veränderungen der jährlichen Vergütungshöhe oder der wesentlichen Versorgungsregelungen sind in gleicher Weise innerhalb eines Monats nach der Vereinbarung zu veröffentlichen.

Zudem sind Art und die Höhe der finanziellen Zuwendungen, die den Vorstandsmitgliedern im Zusammenhang mit ihrer Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates mitzuteilen.“

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung schafft Transparenz bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung der Vorstandsverträge und trägt auf diese Weise dem Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit Rechnung.

Die Regelung gilt über die Verweisungsvorschriften in § 209a Satz 3, § 215 Absatz 1 Satz 1 und § 212 Absatz 5 Satz 5 SGB V auch für die Verbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen, über die Verweisungsvorschriften in § 79 Absatz 4 Sätze 6 bis 8 auch für die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zusammensetzung des Verwaltungsrates geöffneter BKKen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 3, § 44 Abs. 2 S. 6 SGB IV

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Durch die Regelung wird die Zusammensetzung des Verwaltungsrats für Betriebskrankenkassen, die sich durch Satzungsregelung für betriebsfremde Versicherte geöffnet haben, an die für die anderen allgemein wählbaren Krankenkassen geltenden Regelungen angeglichen.

Die gleiche Besetzungsregelung soll auch für Betriebskrankenkassen gelten, die aus einer Vereinigung mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart nach § 171a Abs. 1 SGB V hervorgegangen sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Geöffnete Betriebskrankenkassen können nicht nur von Beschäftigten der Trägerbetriebe gewählt werden, sondern sind in ihrem regionalen Zuständigkeitsbereich allgemein wählbar. Infolgedessen kommt den Arbeitgebern der Trägerbetriebe keine spezifische Verantwortung gegenüber der geöffneten Betriebskrankenkasse mehr zu.

Die geplante Neuregelung ist nachvollziehbar.

Artikel 4

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arznei- und Verbandmittel

2. Rechtsvorschriften

Artikel 4, § 29 SGB VII

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Die im SGB V geänderten Rabattregelungen für Arzneimittel werden, soweit möglich, auf die Gesetzliche Unfallversicherung übertragen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderungen der Änderungen im SGB V.

Artikel 5

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Korruptionsbekämpfungsstellen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 5, § 47 a SGB XI

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

§ 47 a SGB XI sieht für den Bereich der Pflegeversicherung ebenfalls die Installation von organisatorischen Einheiten zur Bekämpfung von Korruption und Abrechnungsbetrug bei den Pflegekassen vor. Der Beauftragte gemäß § 197a SGB V nimmt im Pflegebereich dieselben Aufgaben wahr.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Ersatzkassen haben auch für den Bereich der Pflegeversicherung bereits organisatorische Einheiten zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption geschaffen. Diese werden durch die gesetzliche Neuregelung rechtlich abgesichert.

Artikel 5a

Änderung der Reichsversicherungssicherungsordnung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Wegfall des Entbindungsgeldes

2. Rechtsvorschriften

Artikel 5a, Nr. 1, § 195 RVO

Artikel 5a, Nr. 2, § 200b RVO wird aufgehoben

3. Kurze Darstellung der Regelungsinhalte

Der Anspruch auf Entbindungsgeld wird, ohne Übergangsregelung, gestrichen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Das Entbindungsgeld ist eine (kranken-)versicherungsfremde Leistung. Die Herausnahme aus dem Leistungskatalog der GKV wird begrüßt. Alternativ käme auch hier eine Erstattung der Aufwendungen durch den Bund in Betracht (vgl. § 221 SGB V neu).

Artikel 6

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Kran- kenversicherung der Landwirte

Gegen die Regelungen bestehen insgesamt keine Einwände

Artikel 6

Änderung des Gesetzes über die Krankenversiche- rung der Landwirte

Gegen die Regelungen bestehen insgesamt keine Einwände

Artikel 7

Änderung des Künstler- sozialversicherungsgesetzes

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Befreiung von der Versicherungspflicht nach dem KSVG bei dreimaligen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze

2. Rechtsvorschriften

Artikel 7 , § 7 Abs. 1 Satz 1 Künstlersozialversicherungsgesetz

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Wer als selbständiger Künstler oder Publizist in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren insgesamt ein Arbeitseinkommen erzielt hat, das über der Summe der Beträge liegt, die für diese Jahre nach § 6 Abs. 6 SGB V als Jahresarbeitsentgeltgrenze festgelegt waren, wird auf Antrag von Krankenversicherungspflicht nach dem KSVG befreit.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuordnung der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes. Neues Recht wird nicht geschaffen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Bestimmung zur Anwendung der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei Wohnortverlegung von Deutschland West in das Beitrittsgebiet und umgekehrt

2. Rechtsvorschriften

Artikel 7, § 7 Abs. 1 a Künstlersozialversicherungsgesetz

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Streichung von § 7 Abs. 1a KSVG

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelung zur Berechnung der Jahresarbeitsentgeltgrenze im Fall der Verlegung des Tätigkeitsortes aus dem Beitrittsgebiet in das übrige Bundesgebiet oder umgekehrt wird nicht mehr benötigt, da aufgrund des Rechtsangleichungsgesetzes seit 01.01.2001 für das gesamte Bundesgebiet eine einheitliche Jahresarbeitsentgeltgrenze gilt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beitragszuschuss der Künstlersozialkasse für Versicherte, die nach § 7 KSVG von der Versicherungspflicht befreit sind

2. Rechtsvorschriften

Artikel 7, § 10 Abs. 1 Satz 3 Künstlersozialversicherungsgesetz

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Für die Berechnung des Zuschusses, haben diejenigen, die von der Krankenversicherungspflicht befreit aber nicht nach dem KSVG als Künstler in Rentenversicherung pflichtversichert sind, das aus der künstlerischen Tätigkeit erzielte Arbeitseinkommen bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu melden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts der Jahresarbeitsentgeltgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes. Neues Recht wird nicht geschaffen.

Artikel 8

Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ermittlung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für Personen, die im Verteidigungs- und in Spannungszeiten in ein Arbeitsverhältnis verpflichtet sind

2. Rechtsvorschriften

Artikel 8, § 19 Abs. 3 Arbeitssicherstellungsgesetz

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

In § 19 Abs. 3 ASG wird der Verweis "(§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V)" durch den Verweis "(§ 6 Abs. 6 oder 7)" ersetzt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es handelt sich eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuordnung der Jahresarbeitsentgeltgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V) in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes. Neues Recht wird nicht geschaffen.

Artikel 9

Zulassungsverordnung für Ärzte

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 9, § 16 Zulassungsverordnung

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder droht."

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Verpflichtung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die Prüfung über das Vorliegen von Unterversorgung von Amts wegen vorzunehmen, entspricht den Regelungen zur Überversorgung.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

2. Rechtsvorschriften

Artikel 9, § 28 Abs. 1 Satz 3 Zulassungsverordnung

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

In Satz 3 wird das Ende der Zulassung aus anderen Gründen geregelt und enthält künftig eine Aussage zum Entzug bzw. Widerruf der Zulassung bei fehlender Fortbildungspflicht.

4. Bewertung/Stellungnahme

Folgeänderung aufgrund der Einführung der Fortbildungspflicht nach § 95 Abs. b und 2 c SGB V.

Artikel 10

Änderung der Schiedsamtverordnung

Änderung der Schiedsamtverordnung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Schiedsamtverordnung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 10, § 19, Satz 3 Schiedsamtverordnung

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Der Verweis auf den § 83 SGB V wird auf dessen Neuformulierung angepasst.

4. Bewertung/Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zur Herauslösung der Plausibilitätsprüfung aus § 83 SGB V und Überführung in § 106a SGB V.

Artikel 11

Änderung der Sonderur- laubsverordnung

Gegen die redaktionellen Änderungen bestehen
keine Einwände

Artikel 12

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Änderung des Arzneimittelgesetzes

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Apothekenpflicht

2. Rechtsvorschriften

Artikel 12, § 43 AMG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Neuregelung des § 43 AMG eröffnet die Möglichkeit des Versandhandels und des elektronischen Handels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, indem das generelle Versandhandelsverbot für Arzneimittel aufgehoben wird.

Die Zulässigkeit des Arzneimittelversandhandels wird an eine behördliche Erlaubnis geknüpft. Die Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis werden in der Apothekenbetriebsordnung näher geregelt.

Für Apotheken aus Vertragsstaaten des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum wird eine Erlaubnis die von der jeweils national zuständigen Behörde erteilt wurde, der Erlaubnis nach § 43 AMG gleichgestellt.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Eröffnung der Möglichkeit eines geregelten und kontrollierten Versandhandels und elektronischen Handels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln wird ausdrücklich begrüßt.

Durch die Zulassung des Versandhandels können unter geeigneten Rahmenbedingungen Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden und die Versorgung der Patienten, insbesondere für von einer chronischen Erkrankung betroffene Personen, immobile Patienten, Berufstätige oder Patienten mit größeren Entfernungen zur nächsten Apotheke, verbessert werden.

Das Erfordernis einer behördlichen Erlaubnis, die nur unter den in der Apothekenbetriebsordnung näher geregelten engen Voraussetzungen zu erteilen ist, stellt sicher, dass durch einen geregelten, kontrollierten und überwachten Versandhandel dem Verbraucherschutz Rechnung getragen wird.

Eine Anpassung des Arzneimittel- und Apothekengesetzes für Arzneimittel, die vom Arzt appliziert werden (Injektionslösungen..), die die Möglichkeit des Direktbezugs beim Hersteller rechtssicher gestalten würde, ist nicht vorgenommen worden.

Weiterhin fehlt im Gesetzentwurf bislang die Beschreibung eines "Gütesiegels", das dem Verbraucher eine Orientierung über seriöse Versand- und Internetapotheken gibt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Verschreibungspflicht

2. Rechtsvorschriften

Artikel 12 , § 48 AMG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

§ 48 eröffnet die Möglichkeit der elektronischen Verschreibung von Arzneimitteln.

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch die Regelung werden damit wesentliche Grundlagen für eine Optimierung des Arzneimittelbezugs geschaffen. Die Regelung wird daher ausdrücklich begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Stufenplan

2. Rechtsvorschriften

Artikel 12, § 63 AMG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

In der Neufassung des § 63 AMG wird die Beteiligung des Patientenbeauftragten im Stufenplanverfahren zur Beobachtung und Auswertung von Arzneimittelrisiken festgeschrieben.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Stärkung der Patientenrechte auch in Bezug auf die Arzneimittelsicherheit wird begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Ermächtigung zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit

2. Rechtsvorschriften

Artikel 12, § 63 b AMG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Mit § 63 b AMG wird eine Verordnungsermächtigung zum Erlass von Regelungen zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit, insbesondere zur Bewertung von und zur Information über Arzneimittelrisiken, geschaffen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die zu erlassenden Regelungen können eine Grundlage zur Verbesserung der Information über bislang nicht bekannte oder unzureichend einschätzbare Arzneimittelnebenwirkungen, insbesondere im Wege eines Spontanerfassungssystems, bilden. Die Schaffung einer entsprechenden Verordnungsermächtigung stellt daher einen notwendigen und positiven Schritt dar.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Verbringungsverbot

2. Rechtsvorschriften

Artikel 12, § 73 AMG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Änderung des § 73 Abs. 1 und 2 AMG stellt eine Folgeänderung zu § 43 Abs. 1 AMG dar.

Durch die Ergänzung des § 73 Abs. 1 S. 1 AMG um Nr. 1a wird sichergestellt, dass, soweit Arzneimittel, die im Geltungsbereich des AMG zugelassen oder registriert bzw. von der Zulassung oder Registrierung freigestellt sind, **im Wege des Versandes** an den Endverbraucher in den Geltungsbereich des AMG verbracht werden, die Anforderungen des innereuropäischen Versandhandels an den in Deutschland geltenden Anforderungen auszurichten sind.

Durch die Ergänzung des § 73 Abs. 2 Nr. 6a AMG wird klargestellt, dass sich die Ausnahmeregelung des § 73 Abs. 2 Nr. 6a AMG, nicht auf Arzneimittel bezieht, die im Geltungsbereich des AMG zum Verkehr zugelassen sind.

Weiterhin regelt die Änderung des § 73 Abs. 4, dass Arzneimittel, für die in Deutschland die Zulassung ruht, auch nicht eingeführt werden dürfen, wenn sie im EU-Herkunftsland verkehrsfähig sind.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung des § 73 Abs. 1 AMG eröffnet den im Geltungsbereich des AMG lebenden Endverbrauchern, Arzneimittel aus Apotheken in Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums im Wege des Versandhandels entsprechend den deutschen Vorschriften zum Arzneimittelversandhandel zu beziehen.

Diese Öffnung zugunsten des Versandhandels auch gegenüber europäischen Apotheken wird ausdrücklich begrüßt.

Da sich die Öffnung jedoch nicht auf Arzneimittel bezieht, die zwar im Herkunftsland in Verkehr gebracht werden dürfen, aber keine deutsche Zulassung besitzen, dürfen Arzneimittel, die mit einem deutschen Medikament identisch sind, deren Zulassung im Herkunftsland aber unter anderem Namen als in Deutschland erfolgte, nach dieser Regelung nicht bezogen werden. Dies kann die potentiellen Einsparmöglichkeiten durch den Versandhandel deutlich reduzieren. Es wird daher empfohlen, die Regelung auch auf Arzneimittel zu erweitern, die zwar identisch sind, im Herkunftsland aber unter einem anderem Namen zugelassen wurden.

Artikel 13

Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Mehrbesitzverbot

2. Rechtsvorschriften

Artikel 13, § 2 ApoG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Das Mehrbesitzverbot für Apotheken wird aufgehoben.

Künftig sollten Apotheker bis zu fünf Filialen betreiben dürfen. Eine der Filialen muss vom Inhaber persönlich geführt werden. Die Sicherheit bei der Arzneimittelabgabe erfolgt durch die Festschreibung der Leitung durch einen angestellten Apotheker.

§ 4 und 7 werden in Bezug auf diese Regelung angepasst.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes ist überfällig.

Eine echte Kettenbildung bleibt durch die Art der Regelung jedoch verwehrt. Insofern werden auch Wirtschaftlichkeitsreserven für die GKV nur eingeschränkt zu erschließen sein, da auch fünf Apotheken keine wirkliche Einkaufsmacht darstellen.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken

2. Rechtsvorschriften

Artikel 13, § 14 ApoG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Krankenhäuser haben nach dem Entwurf die Möglichkeit, Patienten ambulant zu behandeln, insbesondere im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme, und diese Patienten mit Arzneimitteln zu versorgen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Der Einbezug der Krankenhausapotheken in die ambulante Versorgung stellt in vielen Fällen für den Patienten eine erhebliche Erleichterung dar und erschließt außerdem Wirtschaftlichkeitsreserven.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken

2. Rechtsvorschriften

Artikel 13, § 21 ApoG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Ermächtigung zum Erlass einer Apothekenbetriebsordnung wird für die zu regelnden Bereiche ausgedehnt auf den Versandhandel, elektronischen Handel und die Beratung und Information, um die Arzneimittelsicherheit weiterhin zu gewährleisten. Es können weiterhin Anforderungen für Websites in Verbindung mit dem elektronischen Handel von Arzneimitteln gestellt werden.

Außerdem wird das BMGS ermächtigt, ohne Zustimmung des Bundesrates Verordnungsregelungen zur Organisation, Ausstattung und Mitarbeit von Apotheken an strukturierten Behandlungsprogrammen festzulegen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Regelungen werden begrüßt. Um den Versandhandel mit Arzneimitteln sicher zu gestalten, ist eine Definition von Mindestvoraussetzungen erforderlich. Die Möglichkeit der Einbeziehung von Apotheken in strukturierte Behandlungsprogramme kann die pharmazeutische Qualität der Versorgung verbessern und durch bessere Planbarkeit des Bedarfs die Versorgung kostengünstiger gestalten.

Artikel 14

Änderung der Apothekenbetriebs-ord- nung

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anwendungsbereich

2. Rechtsvorschriften

Artikel 14, § 1 Abs. 3 ApBetrO

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Es erfolgt ein Hinweis, dass die Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung und Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung unberührt bleiben.

4. Bewertung/Stellungnahme

Diese Anpassung ist durch veränderte Regelungen im Medizinproduktebereich erforderlich.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Apothekenleiter

2. Rechtsvorschriften

Artikel 14, § 2 ApBetrO

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die persönliche Leitung einer Apotheke wird an die Möglichkeit des Mehrbesitzes angepasst; ein verantwortlicher Apotheker ist nach wie vor eindeutig identifizierbar.

Der Besitzer mehrerer Apotheken darf sich nur durch einen Apotheker vertreten lassen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Diese Anpassung ist durch die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes erforderlich. Das Sicherheitsniveau wird weiterhin gewährleistet.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Beschaffenheit, Größe und Einrichtung der Apothekenbetriebsräume

2. Rechtsvorschriften

Artikel 14, § 4 ApBetrO

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Anforderungen an die Apothekenbetriebsräume schließen den Versandhandel und die Telekommunikation mit Ausnahmen ein. So können die Räume, die für den Versand von Arzneimitteln oder für die Zytostatika - Zubereitung vorgesehen sind, unabhängig von der eigentlichen Apotheke sein.

4. Bewertung/Stellungnahme

Diese Anpassung ist durch die Aufhebung des Versandhandelsverbotes erforderlich. Das Sicherheitsniveau wird weiterhin gewährleistet.
Die Regelung wird insgesamt etwas praxisnäher gestaltet.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Kennzeichnung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 14, § 14 ApBetrO

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Gibt der Apotheker Teilmengen von Fertigarzneimitteln ab, muss er die Angaben der Kennzeichnung desselben sowie eine Packungsbeilage beifügen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Diese Anpassung ist durch ein entsprechende Stellungnahme der Europäischen Kommission erforderlich.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Inverkehrbringen von Arzneimitteln und apothekenüblichen Waren

2. Rechtsvorschriften

Artikel 14, § 17 ApBetrO

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Möglichkeit des Versandhandels aus einer öffentlichen Apotheke wird in diesen Paragraphen übernommen.

Ein Qualitätssicherungssystem soll die Qualität des Arzneimittels, des Vertriebs und der pharmazeutischen Beratung gewährleisten. Effiziente Strukturen sollen durch die Erlaubnis der elektronischen Verschreibung gesichert werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Für den Versandhandel, der auch Internet-Apotheken mit einschließt, werden Anforderungen an das Inverkehrbringen von Arzneimitteln definiert. Dies wird aus Qualitätsgründen begrüßt.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Apothekenübliche Waren

2. Rechtsvorschriften

Artikel 14, § 25 ApBetrO

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Medizinprodukte werden als apothekenübliche Waren definiert.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es erfolgt eine Anpassung an das Medizinproduktegesetz.

Artikel 15

Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Anwendungsbereich

2. Rechtsvorschriften

Artikel 15, § 1 Heilwesenwerbeengesetz (HWG)

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Das Gesetz findet keine Anwendung auf Packungsbeilagen und Fachinformationen.

Ebenfalls gilt es nicht im Schriftwechsel und für Unterlagen die notwendig sind für die Beantwortung konkreter Anfragen zu einem bestimmten Arzneimittel

Außerdem findet es keine Anwendung für aufgeführte erforderliche Angaben in einem Bestellformular beim elektronischen Handel mit Arzneimitteln.

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch diese Anpassung an europäische Normen wird klargestellt, dass Hersteller oder Unternehmer konkrete Anfragen von Verbrauchern zu bestimmten Arzneimitteln beantworten dürfen und Verbraucher auch einen besseren Zugang zu amtlich genehmigten Informationen (Packungsbeilage und Fachinformation) erhalten. Ermöglicht wird auch die Versendung dieser Informationen mittels elektronischer Medien. Der Verbraucher wird nunmehr durch den Hersteller gezielt und im Interesse des jeweiligen Unternehmens informiert werden kann.

Die Ausnahme in Bezug auf das Bestellformular ist eine Folgeänderung zur Ermöglichung des elektronischen Handels mit Arzneimitteln, und stellt sicher, dass die Angaben des Bestellformulars von den Vorschriften dieses Gesetzes unberührt bleiben, soweit diese unbedingt für eine ordnungsgemäße Bestellung auch im Sinne des Verbraucherinteresses und -schutzes notwendig sind.

1. Kurzbezeichnung der Regelung

(Verbotswidrige Zuwendung)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 15, § 7 und 15 Heilwesenwerbegesetz (HWG)

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Mit dieser Neuregelung ist es untersagt, Zuwendungen oder Werbegaben anzunehmen oder sich versprechen zu lassen. Bislang galt das Verbot nur für die Gewährung oder Ankündigung von Zuwendungen oder Werbegaben.

In diesem Zusammenhang wurden die möglichen Geldstrafen deutlich erhöht, da die bisherigen Summen angesichts des hohen Gesamtumsatzes im Arzneimittelbereich kaum Wirkung zeigten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Es soll eine Verbesserung der Bekämpfung unerlaubter Handlungsweisen im Bereich der Heilmittelwerbung ermöglicht werden.

Artikel 16

Änderung der Arzneimittel- telpreisverordnung

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Preisbildung bei Arzneimitteln

2. Rechtsvorschriften

Artikel 16, §§ 1-5 Arzneimittelpreisverordnung

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Preise für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Medikamente) werden nicht mehr gesetzlich fixiert: die Krankenkassen können für diese Medikamente Preise mit den einzelnen Apotheken verhandeln; solange es keine Vereinbarung gibt, gelten die gesetzlichen Fix- und Höchstzuschläge.

Für rezeptpflichtige Arzneimittel besteht die Möglichkeit, insbesondere für den Arzneimittelversand und die Arzneimittelabgabe innerhalb strukturierter Versorgungsprogramme die Preise zu verhandeln.

Im vorliegenden Gesetzesentwurf wird konkretisiert, dass die Arzneimittelpreisverordnung generell nicht für rezeptfreie Medikamente gilt. Ursprünglich beinhaltete die Formulierung eine Freistellung von der AMPPreisVO nur dann, wenn das Arzneimittel zu Lasten der GKV abgegeben wird. Der maximale Aufschlagssatz für den pharmazeutischen Großhandel wird deutlich vermindert. Die Kappungsgrenze für den Apothekenaufschlag von 543,92 € auf 372,54 € vorgezogen und gegenüber der bisherigen Regelung um rd. 1,1 % reduziert.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die häufig diskutierte Drehung der Arzneimittel-Preis-Verordnung, d.h.- die Verteuerung niedrigpreisiger Medikamente bei gleichzeitiger Herabsetzung der Preise im Hochpreissegment, ist in den Entwurf nicht eingearbeitet. Durch die Aufhebung der Fixpreise für OTC-Präparate kann die GKV jedoch hier Einfluss auf die Preise nehmen.

Die Möglichkeit der Preisverhandlungen mit einzelnen Apotheken fördert den Wettbewerb und eröffnet flexible Gestaltungsmöglichkeiten. Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt.



Artikel 17

Änderung des Bundessozialhilfe-geset- zes

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Vorrang der Regelung des SGB V

2. Rechtsvorschriften

Artikel 17, §§ 37 Abs. 1 und 38 Abs. 3 BSHG

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Es wird ein Vorrang der Regelung von § 264 SGB V-E festgelegt (§ 37 Abs. 1 BSHG)

Sozialhilfeträger werden verpflichtet, nur die Krankheitskosten zu tragen, die nach den neuen Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung unabwendbar notwendig sind (§ 38 Abs. 3 BSHG)

5. Bewertung/Stellungnahme

Folgeänderungen aus den Neuregelungen zur Krankenversicherungspflicht von Sozialhilfeempfängern

Artikel 18

Änderung des Gesetzes über ein Informations- system zur Bewertung medizinischer Technolo- gien

Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

1. Kurzbezeichnung der Regelung

(Arbeits-)Verhältnis zwischen DIMDI, Zentrum und Ausschüssen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 18, Abs. 2 und 3 des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Das DIMDI kann durch das Zentrum für Qualität, die Bundesausschüsse sowie den Ausschuss Krankenhaus mit der Erteilung von Forschungsaufträgen beauftragt werden. Die Aufträge des Zentrums sind vorrangig zu bearbeiten.
- Das DIMDI kann einen wissenschaftlichen Beirat berufen.

4. Bewertung/Stellungnahme

Gegen Auftragsarbeiten des DIMDI für das Zentrum bestehen grundsätzlich keine Bedenken. Die Auftragsarbeiten für die Ausschüsse sollten präzisiert werden.



Artikel 19

**Aufhebung des Gesetzes
zur Einführung von Ab-
schlägen der pharmazeu-
tischen Großhändler**

Aufhebung des Gesetzes zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Aufhebung des Großhandelsrabattes

2. Rechtsvorschriften

Folgeänderung zur Änderung des Artikel 1, § 34 SGB V, mit der die Großhandelsrabatte um ca. 50 % vermindert werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Aufhebung des Gesetzes führt zu Mehrausgaben.

Artikel 20

Änderung der Strafpro- zessordnung

Änderung der Strafprozessordnung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Änderung der Strafprozessordnung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 20, § 97 der Strafprozessordnung

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

- Strafbewehrung des Zugriffs

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Bedenken

Artikel 21

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

2. Rechtsvorschriften

Artikel 21, § 51 Abs.1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken wird der Rechtsweg vor den Sozialgerichten eröffnet

Übergangsvorschriften

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rechtsweg bei rechtshängigen Verfahren vor den Verwaltungsgerichten über Kündigungen von Versorgungsverträgen für Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken

Es ist vorgesehen, dass bis zum 31. Dezember 2006 anhängige Rechtsstreitigkeiten wegen der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Plankrankenhäusern die Gerichte zuständig sind, die bis dahin bestehenden Rechtswege gelten. (Nach Artikel 23 wird zukünftig bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken wird der Rechtsweg vor den Sozialgerichten eröffnet)

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

Artikel 22

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

2. Rechtsvorschriften

Artikel 22, Änderungen durch Artikel 9 bis 11, 14 und 18

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Die Änderungen mit den Artikeln 9 bis 11, 14 und 16 geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

Artikel 23

Übergangsvorschriften

Übergangsvorschriften

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Organisationsänderungen bei den KVen (§§ 1 bis 5)

2. Rechtsvorschriften

Artikel 23, §§ 1 bis 5

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Es werden Termine für die Wahl der Organe der KVen/KBVen gesetzt, um die für das Jahr 2005 im GMG vorgesehenen Organisationsänderungen realisieren zu können.

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände

Übergangsvorschriften

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Moratorium für die Errichtung von IKKen und BKKen

2. Rechtsvorschriften

Artikel 23, § 6

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Nach § 6 Abs. 1 sollen bis zur Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich am 1. Januar 2007 keine weiteren IKKen und BKKen errichtet werden können.

Die geplante Regelung des § 6 Abs. 2 beschränkt bis zur Einführung der direkten Morbiditätserfassung im Risikostrukturausgleich am 1. Januar 2007 den Zugang zu Betriebs- oder Innungskrankenkassen in den ersten zehn Jahren ihres Bestehens auf die Beschäftigten des Betriebs oder der Innung, für die die Krankenkasse errichtet worden ist. Eine Öffnung der Krankenkasse für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte ist daher frühestens nach Ablauf von zehn Jahren seit ihrer Errichtung möglich.

4. Bewertung/Stellungnahme

Durch das gegenwärtige Organisationsrecht der Krankenkassen werden Betriebs- und Innungskrankenkassen in mehrfacher, wettbewerblich relevanter Hinsicht gegenüber den anderen Kassenarten bevorzugt. Die Neuregelung beseitigt im geltenden Organisationsrecht angelegte Wettbewerbsvorteile der IKKen und BKKen, die in der Vergangenheit teilweise gezielt auch zur Selektion günstiger Risiken genutzt worden sind.

Der vorgezogene Zeitpunkt des Inkrafttretens ist erforderlich, um Vorzieheffekte zu vermeiden.

Die Regelungen werden daher insgesamt begrüßt.

Übergangsvorschriften

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Weitergeltung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse

2. Rechtsvorschriften

Artikel 23, § 7

3. Kurze Darstellung des Regelungsinhaltes

Nach der Neuregelung soll § 1 des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse auch nach dem Inkrafttreten des GMG weiter gelten.

4. Bewertung/Stellungnahme

Die Neuregelung verlängert die "Sonderstellung" von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse. Abweichend von § 176 Abs. 1 und § 177 Abs. 1 können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Bundesknappschaft wählen, wenn die die knappschaftliche Rentenversicherung für die Leistungsgewährung zuständig ist bzw. die See-Krankenkasse wählen, wenn die See-Krankenkasse für die Leistungsgewährung zuständig ist.

Artikel 24

Neufassung des Gesetzes über das Apothekenwesen und der Apothekenbe- triebsordnung

Neufassung des Gesetzes über das Apothekenwesen und der Apothekenbetriebsordnung

1. Kurzbezeichnung der Regelung

Neufassung des Gesetzes über das Apothekenwesen und der Apothekenbetriebsordnung

2. Rechtsvorschriften

Artikel 24, Apothekengesetz und Apothekenbetriebsordnung

3. Kurzdarstellung der Regelungsinhalte

Änderungen dieser Gesetze können im BGBl veröffentlicht werden.

4. Bewertung/Stellungnahme

Keine Einwände