

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(23)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen**

**zum Entwurf  
eines Gesetzes  
zur Modernisierung  
der gesetzlichen  
Krankenversicherung**

**(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

Drucksache 15/1526

Stand: 17.09.2003

---

# **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

## **1 Grundsätzliche Bewertung**

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält eine Reihe begrüßenswerter Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung und zum Abbau von Versorgungsdefiziten. Hierzu gehören auch die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität. Zu einer stärkeren Patientenorientierung wird unter anderem auch die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung beitragen. Allerdings ist ein wesentlich stärkerer und flexiblerer Vertragswettbewerb notwendig, um Produktivitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung zu erzielen.

Bezogen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen sollen zahlreiche Reformelemente insbesondere im Arzneimittelbereich wirken. Einer langjährigen Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen entspricht die Wieder-Inkraftsetzung der Festbetragsregelung für Analogpräparate unabhängig von Patentschutzlaufzeiten. Dies fördert einen preisstabilisierenden Wettbewerb in einem wachsenden Marktsegment und soll dazu beitragen, die überdurchschnittlichen Ausgabenanstiege für Arzneimittel wirksam zu bremsen. Ebenso wird mit der Öffnung des Arzneimittelvertriebs für qualitätsgesicherten Versandhandel den Interessen der Versicherten an einer effizienten Versorgung gefolgt, wenn auch die Öffnung für Mehrbesitz noch sehr restriktiv bleibt. Die übrigen Reformvorschriften, insbesondere zur Preisgestaltung bei Arzneimitteln auf den verschiedenen Handelsstufen sind differenziert zu bewerten, hier besteht aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen im Einzelnen noch Korrekturbedarf. Unter Berücksichtigung der im Gesetz vorgesehenen Ausnahmen erscheint der grundsätzliche Ausschluss nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen sachgerecht - unter den Gesichtspunkten Qualität und Transparenz ist es bedauerlich, dass eine Positivliste im Zuge dieses Gesetzgebungsverfahrens erneut nicht durchsetzbar war.

Bei der Umfinanzierung des Zahnersatzes wird begrüßt, dass die Schutzziele der Patienten eine hohe Priorität haben sollen (insbesondere keine finanzielle Überforderung, gute Qualität, Beratungsleistungen). Mehrbelastungen der Versicherten müssen vermieden werden. Vorzieheffekte sind durch geeignete gesetzliche und vertragliche Maßnahmen zu verhindern.

In der Gesamtbetrachtung des Gesetzentwurfs muss konstatiert werden, dass die finanziellen Belastungen für die Versicherten und Patienten beträchtlich sind, ohne dass gleichzeitig mögliche Maßnahmen zur Steigerung von Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung durch mehr Vertragswettbe-

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

werb ausgeschöpft werden. Dies ist aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen ein bedauerliches Teilergebnis der Konsensreform.

Ob und wie weit die im Gesetzentwurf aufgeführten Einspareffekte insgesamt erreicht werden, ist von vielen Faktoren, auch von der Reaktion der Versicherten auf die veränderten Zuzahlungsregelungen und Anreize zu rationaler Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen abhängig. Nach der jüngsten Kalkulation des Schätzerkreises der GKV – unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes - zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung scheint das Gesamteinsparziel für das Jahr 2004 jedoch um 1,2 Mrd. Euro unterschritten zu werden.

Es ist und bleibt jedoch das Ziel aller Krankenkassen, Einsparungsmöglichkeiten extensiv auszuschöpfen und, soweit es die kassenindividuelle Vermögenssituation zuläßt, unverzüglich an die Versicherten weiterzugeben. Die Krankenkassen gesetzlich zur Beitragssenkung zu verpflichten, ist daher ein überflüssiger Eingriff in die Autonomie der für die Beitragssatzfestung verantwortlichen Verwaltungsräte. Jede Krankenkasse, die im Wettbewerb steht, wird alles tun, um möglichst geringe Beiträge anbieten zu können. Die Spitzenverbände lehnen einen gesetzlichen Eingriff in die Beitragssatzpolitik der Krankenkassen daher nochmals ausdrücklich ab.

Ohne auf jede Vorschrift im Einzelnen eingehen zu wollen, weisen die Spitzenverbände der Krankenkassen nachfolgend auf wesentlichen Änderungsbedarf im GMG hin. Sollte dieser nicht berücksichtigt werden, ist mit eingeschränkten Finanz- und Steuerungswirkungen der Reform zu rechnen.

Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass der vorliegende Gesetzentwurf erwartungsgemäß keine Antworten auf die dringend notwendige nachhaltige Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der GKV gibt. Dieser Aufgabe sollte sich die Politik nach Abschluß der jetzt vorliegenden Reform baldmöglichst zuwenden.

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

### **2 Wesentlicher Änderungsbedarf**

#### **2.1 Zahnersatz**

Bei den Regelungen zur Neuordnung der Finanzierung des Zahnersatzes ab dem Jahr 2005 ergeben sich aus den einzelnen Passagen des Gesetzesentwurfs noch diverse Probleme.

##### **1. § 28 Abs. 2 (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung):**

- Die leistungsrechtliche Schnittstelle zwischen so genannten „Begleitleistungen“ (konservierende Leistungen) sowie den eigentlichen Zahnersatz-Leistungen in § 56 Abs. 2 (Festsetzung der Regelversorgungen) ist nicht klar abgegrenzt. Eine größere Leistungsverchiebung belastet die Versicherten (Eigenanteil).
- Ebenfalls tangiert ist u. U. die Frage, wie bzw. wo die Begleitleistungen für Versicherte abzurechnen sind, welche gem. § 58 Abs. 2 für den Zahnersatz-Tarif (isoliert) in die PKV wechseln. Verhindert werden muss, dass die GKV die Vorbehandlung für die PKV-Leistungspakete ganz oder teilweise über andere vertragszahnärztliche Leistungsbereiche finanziert. Regelungsmöglichkeit bestünde u. E. in § 58 Abs. 2 (Grundtenor: Der wegfallende Leistungsanspruch umfasst auch vertragszahnärztliche Leistungen, die mit einer richtlinienkonformen Versorgung kausal im Zusammenhang stehen).

##### **2. § 28 Abs. 4 (Praxisgebühr):**

- In § 28 Abs. 4 sind Ausnahmekriterien für die Zahlung der Praxisgebühr vorgesehen. Da ein Fall neben den eigentlichen zahnärztlichen Untersuchungsleistungen auch andere Leistungen (z. B. Legen einer Füllung) beinhalten kann, muss bei der Umsetzung geklärt werden, wie mit diesen „Mischfällen“ umzugehen ist.

##### **3. § 55 (Zahnersatz-Leistungsanspruch):**

- Ab 2005 ist der Bereich Zahnersatz aufgrund des Systemwechsels zu GKV-einheitlichen und bundesweit geltenden Festzuschüssen nicht mehr Bestandteil der höchstzulässigen Gesamtvergütung (s. a. Folgeänderung in § 85 Abs. 2 S. 8). Der Gesetzgeber hat aber keinerlei Regelungen zur Budgetbereinigung vorgesehen. Aufgrund der völlig unterschiedlichen Budgetauslastung in den einzelnen KZV-Bereichen sollte über eine expli-

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

zite - u. U. wie bei der Degressionsregelung relativ pauschale - Budgetberechnungsformel zumindest nachgedacht werden.

#### **4. §§ 55 (5), 87 (1a) Satz 7**

- Die Regelung sieht vor, dass in den Satzungen auch eine Bestimmung aufzunehmen ist, nach der eine Erstattung der Festzuschüsse an die Versicherten vorzunehmen ist, wenn eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung durchgeführt wird. In diesen Fällen sollen die Festzuschüsse nicht über die KZVen abgerechnet werden.

Der Gesetzgeber beschreibt in der Begründung zum § 55 Abs. 5 SGB eine andersartige Versorgung mit folgendem Beispiel:

„Eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung liegt zum Beispiel vor, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss als Regelversorgung eine Modellgussprothese festgelegt hat, jedoch eine Brückenversorgung vorgenommen wird.“

Die Abrechnung der Leistungen der andersartigen Versorgung mit den Versicherten erfolgt nach GOZ. Die Versicherten müssen daher wie bisher für mehrkostenfähige Leistungen (neu: andersartige Versorgung) erheblich mehr zahlen als bei einer Rechnungslegung nach Bema. Wegen der höheren Honorierung bestehen auch in Zukunft keine Anreize für die KZBV, die Regelversorgung in der Vertragszahnheilkunde den aktuellen zahnmedizinischen Erkenntnissen anzupassen.

Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Künftig sollen befundbezogene Festzuschüsse gebildet werden. Für jeden Befund gibt es mehrere Therapiemöglichkeiten. Ein bestimmte Lückengebissituation könnte beispielsweise durch eine Modellgussprothese, eine Brückenversorgung, eine Teleskopversorgung usw. geschlossen werden.

Würde der § 55 Abs. 5 SGB V im Gesetz verankert, welches Motiv hätte dann die Zahnärzteschaft, eine Regelversorgung mit den Gesetzlichen Krankenkassen zu verabschieden, die den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen?

Die Zahnärzteschaft würde konsequenter Weise immer auf eine „Minimalversorgung“ abstellen, um dann dem Versicherten eine kostenintensivere Variante „verkaufen“ zu können. Es wäre letztlich zu erwarten, dass die anstehenden Verhandlungen mit der Zahnärzteschaft unter diesen Rahmenbedingungen stattfinden würden.

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Statt der Brückenversorgung, die durchaus langfristig als das Mittel der Wahl für eine bestimmte Lückensituation im Gebiss einen befundbezogenen Festzuschuss rechtfertigen würde, würde die Zahnärzteschaft in den Verhandlungen immer die Minimalvariante favorisieren und beschreiben wollen, mit dem Ergebnis, dass nur die Modellgussprothese als Therapieform für diesen Befund in Frage käme. Die Krankenkasse würde dann nur den Festzuschuss für die Modellgussprothese erstatten.

Unklar dabei ist auch, was passiert, wenn statt einer Modellgussprothese, eine Brückenversorgung eingegliedert wurde und ein Mangel an dieser Zahnersatzversorgung festgestellt wurde. Ein Mängelgutachterverfahren könnte die Krankenkasse für ihren Versicherten sicherlich nur noch bedingt durchführen.

Außerdem ist der vorgesehene (direkte) Erstattungsweg für mehrkostenfähige Leistungen (enthält Privatleistungen) äußerst kritisch zu bewerten. Aufgrund des immensen Verwaltungsaufwands (z. B. Abrechnungsprüfung) für unsere Kassen sollte das bisherige System des § 30 (Abrechnung über die KZV) beibehalten werden. Tendenziell ist auch der Versichertenschutz – von wenigen KZV-Bereichen abgesehen – besser zu gewährleisten, da die Abrechnung kollektivvertraglichen Charakter hätte. Die Folgeregelung in § 87 Abs. 1a (Bundesmantelvertrag) des Entwurfs wäre im übrigen dann ebenfalls anzupassen.

Der § 55 Abs. 5 SGB V sollte daher gestrichen werden. Gelingt dies nicht, ist die Beibehaltung der „alten“ Mehrkostenregelung unabdingbar.

### **5. § 56 (Festlegung der Regelversorgungen):**

- Siehe Ausführungen zu § 28 (Schnittstellenproblematik zwischen Begleitleistungen und Leistungen des Zahnersatz-Tarifs).

### **6. § 57 (Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern, Honorare und Preise):**

- Abs. 1: Bei den Formulierungen zur Vereinbarung bzw. Festlegung des zahnärztlichen Honorars 2005 für die Regelversorgungen zwischen den Spitzenverbänden sowie der KZBV sollten einheitliche Begrifflichkeiten verwendet werden. Es empfiehlt sich, hier durchgängig den Begriff „Punktwert“ zu verwenden.
  - Abs. 2: Bei der Vereinbarung bzw. Festlegung der zahntechnischen Preise 2005 fehlt im Vergleich zu Abs. 1 eine „Deadline“ für die
-

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Preisverhandlungen des Jahres 2004. Hier sollte analog des Honorarbereichs der 30.06.04 vorgesehen werden.

- Die Weitergeltung von Artikel 6 Beitragssatzsicherungsgesetz (Absenkung der zahntechnischen Preise um 5 % im Jahr 2003) in 2004 ist rechtlich umstritten. Eine gesetzgeberische Klarstellung zur Weitergeltung der abgesenkten Preise wäre wünschenswert.

### **7. Beitragseinzug (Zahnersatz)**

- Nach dem Gesetzentwurf soll der Beitragseinzug für Arbeitnehmer nach den bisherigen Regelungen im Lohnabzugsverfahren erfolgen. Dies ist sachgerecht und vermeidet die sehr verwaltungsaufwändige Einrichtung eines gesonderten Beitragseinzugsverfahrens für diese Leistung. Allerdings fehlen in dem Gesetzentwurf analoge Regelungen für die Bezieher von Sozialleistungen der Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie der Rehabilitationsträger. Diese Träger müssen ebenfalls verpflichtet werden, den Beitrag für Zahnersatz bei der Zahlung von Entgeltersatzleistungen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse abzuführen. Ohne diese Regelungen müssten die Krankenkassen die von diesen Leistungsbeziehern zu entrichtenden Beiträge in einem sehr aufwändigen Verfahren gesondert einziehen.

Vorschlag: In § 58 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Der Beitrag ist bei Zahlung von Sozialleistungen durch den Sozialleistungsträger einzubehalten und von diesem zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag an die Krankenkasse zu zahlen."

### **2.2 Regelleistungsvolumina als vertragsärztliche Vergütung**

Unabhängig von der Problematik, die mit der Einführung der Regelleistungsvolumina als neue Vergütungsform verbunden sind, werden durch das Gesetz die bestehenden Versorgungsstrukturen, die nachweislich durch Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt sind, festgeschrieben. Gleichzeitig werden für die Ärzte keine Anreize geschaffen, in einen Qualitätswettbewerb einzutreten, der sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern und die genannten Defizite abbauen würde. Dies bedauern die Spitzenverbände der Krankenkassen sehr und werben daher zur Behebung der Defizite für die Einführung von Wettbewerbsstrukturen, auch im vertragsärztlichen Versorgungsbereich.

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Darüber hinaus sind weitere kritische Punkte hinsichtlich der Einführung von Regelleistungsvolumen festzustellen:

- Regelleistungsvolumina sollen die Morbiditätsstruktur der Versicherten widerspiegeln. Hierzu sollen diagnosebezogene Risikoklassen erstellt und die Veränderung der Morbidität festgestellt werden. Derzeit gibt es keine valide Datenbasis, auf der für den ambulanten Bereich diagnosebezogene Risikoklassen aufgebaut werden können. Hierzu bedarf es daher erheblicher Entwicklungsaktivitäten, die über diejenigen bei der Erstellung der DRGs aufgrund fehlender internationaler Vorlagen noch hinaus gehen dürften. Zudem ist zu befürchten, dass die Ärzte Upcoding-Strategien betreiben.
  - Gleiches gilt für die im Gesamtvertrag zu vereinbarenden arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumina auf der Basis arztgruppenspezifischer Versorgungsaufträge. Diese gibt es derzeit nicht.
  - Darüber hinaus erfolgt die Zuordnung der Versicherten zu den Risikoklassen ganz oder teilweise durch die Ärzte selbst, womit diese die Möglichkeit erhalten, ihr Honorar selbst zu beeinflussen, ohne dass eine effiziente Prüfmöglichkeit besteht. Es ist zur Vermeidung unabsehbarer finanzieller Risiken notwendig, die Morbiditätsstruktur zumindest übergangsweise anhand objektiver Kriterien (z. B. Alter, Geschlecht) abzubilden.
  - Es ist nicht klar, wie z. B. eine strukturelle Leistungsverlagerung vom fachärztlichen in den hausärztlichen Bereich oder umgekehrt berücksichtigt werden soll. (Was passiert z. B., wenn im EBM die Leistungen der Hausärzte und Fachärzte neu geordnet und bewertet werden?)
  - Auf der Basis der arztbezogenen Regelleistungsvolumina soll für jeden Arzt ein durchschnittliches Punktzahlvolumen und ein durchschnittlicher Punktwert ermittelt werden. Nicht klar ist hier, wie den Unterschieden innerhalb einer Arztgruppe hinsichtlich Praxisgröße und Praxisstruktur Rechnung getragen werden kann. Werden solche Unterschiede nicht ausreichend berücksichtigt, kann es zu einer im Ausmaß unerwünschten Nivellierung kommen. Wichtig ist hier, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Regelleistungsvolumina und die Punktwerte nicht allein festlegen können. Eine Rationierung der Versorgung kann dadurch zumindest eingeschränkt werden.
  - In den Regelungen werden Leistungen und Versorgungsformen genannt, die außerhalb von Regelleistungsvolumina vergütet werden können. Während bisher nur die Substitutionsbehandlung und präventive Leistungen nicht budgetiert sind, soll dies künftig auch für ambulantes Operieren und
-



---

## Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz

---

stationersetzende, die Leistungen der neuen medizinischen Versorgungszentren und für die strukturierten Behandlungsprogramme möglich sein. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt hier offensichtlich nicht. Es muss in der Gesetzesformulierung zumindest ergänzt werden, dass die budgetierte Gesamtvergütung bzw. die Regelleistungsvolumina zu bereinigen sind, wenn und soweit entsprechende Vereinbarungen getroffen werden.

Grundsätzlich sollte eine Neuordnung der ärztlichen Vergütung einher gehen mit der Einführung von Wettbewerbsstrukturen unter den Leistungserbringern. Die vorgesehene Einführung von Regelleistungsvolumina ist dazu nicht zielführend. Eine Neuordnung der ärztlichen Vergütung muss so ausgestaltet werden, dass keine unkalkulierbaren finanziellen Risiken für die Krankenkassen entstehen. Deshalb kann ein Morbiditätsbezug nur so hergestellt werden, dass objektive Kriterien (z. B. Alter, Geschlecht) zur Grundlage der Vergütungsverhandlungen werden. Darüber hinaus sollte die Entwicklung und Einführung eines für den ambulanten Bereich völlig neuartigen Vergütungssystems innerhalb eines realistisch umsetzbaren Zeitrahmens konzipiert werden.

### 2.3 Inkassoregelung für Zuzahlungen

#### - Stationärer Bereich

Im Gesetzentwurf wird geregelt, dass die Leistungserbringer die von den Versicherten gezahlten Zuzahlungen einzubehalten haben und sich entsprechend der Vergütungsanspruch der Leistungserbringer gegenüber der Kasernenärztlichen Vereinigung bzw. den Krankenkassen verringert.

Diese Regelung begrüßen die Spitzenverbände der Krankenkassen ausdrücklich. Sie sollte auch für den stationären Bereich gelten, wo derzeit keine Kürzung des Leistungsanspruches in Höhe der Zuzahlungen vorgesehen ist und die regelhafte Überweisung der bisher geleisteten Zuzahlungen kaum stattfindet. Eine solche Regelung würde daher den Krankenkassen das derzeit langwierige und oft fruchtlose Inkasso- und Mahnverfahren ersparen und damit helfen, die Verwaltungskosten zu senken. § 43 b Abs. 2 ist daher neu zu gestalten.

#### - Häusliche Krankenpflege

Die neu eingeführte Zuzahlung bei Häuslicher Krankenpflege soll an die Krankenkasse gezahlt werden. Diese Regelung ist nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand praktikabel. Sie setzt voraus, dass der Leistungserbringer seine Leistungen der Krankenkasse in Rechnung gestellt hat und aus diesem

---

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Rechnungsbetrag die Krankenkasse dann den Zuzahlungsbetrag ermittelt und beim Versicherten einzieht. Dies erfordert einen gesonderten Bescheid und ggf. ein aufwendiges Einzugsverfahren. Betroffen davon sind insbesondere chronisch Kranken und alte Menschen, denen dann auch noch der Weg zu einer Bank oder Sparkasse zugemutet wird, um den Zahlbetrag zu überweisen.

Ein erheblich einfacheres Verfahren ist in § 43 b (zukünftig Absatz 1) vorgesehen. Danach zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung ein und setzt sie von seiner Rechnung an die Krankenkasse ab. Dieses Verfahren ist den Pflegediensten auch bei Erbringung von Häuslicher Krankenpflege zumutbar, da diesen die Höhe des Rechnungsbetrages bekannt ist. Zugleich würde mit dieser Lösung für den Versicherten Transparenz über die von dem Pflegedienst berechneten Leistungen entstehen und die in § 61 auch für die Häusliche Krankenpflege ausdrücklich vorgesehene Verpflichtung zur Quittierung der geleisteten Zuzahlungen mit Sinn erfüllt. In Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe b (§ 37 Abs. 5) sollen die Worte „an die Krankenkasse“ gestrichen werden.

### **- Zuzahlung zur Rehabilitation**

Neben der Anhebung der Zuzahlung für ambulante und stationäre Anschlussrehabilitation von 9 auf 10 Euro wird der Zuzahlungszeitraum von 14 auf 28 Tage ausgeweitet (§ 40 Abs. 6 i. V. m. § 61 SGB V). Leider wurde diese Regelung im SGB VI nicht für die Rentenversicherung nachvollzogen. Dies widerspricht der politisch gewollten Harmonisierung des Rehabilitationsrechts.

## **2.4. Teilöffnung der Krankenhäuser bei Unterversorgung**

Die Öffnung der Krankenhäuser ist sinnvoll zum Abbau von Versorgungsdefiziten. Um die Gefahr der Doppelfinanzierung zu vermeiden, ist jedoch notwendig klar zu stellen, dass kein automatischer Kontrahierungszwang zwischen Krankenkassen und Krankenhaus besteht. Ansonsten wird die Bedarfsplanung außer Kraft gesetzt. Die Unterversorgung sollte lediglich ein Mindestkriterium darstellen; die Kassen sollten vertraglich entscheiden können, mit welchem Krankenhaus sie zur Absicherung der Versorgung Verträge zur ambulanten Versorgung schließen.

Darüber hinaus bedarf es einer Regelung, dass diese Leistungen aus der Gesamtvergütung zu finanzieren sind. Hier muss der Grundsatz, dass Geld der Leistung folgt, umgesetzt werden.

---

---

## Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz

---

### 2.5 Arzneimittel

In § 31 Abs. 1 Satz 1 wird der **Leistungsanspruch** des Versicherten auf apothekenpflichtige Arzneimittel begrenzt, sofern diese nicht nach § 34 oder nach den Arzneimittel-Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind. Die näheren Kriterien für einen solchen Ausschluss durch die Arzneimittel-Richtlinien sind in § 92 Abs. 1 geregelt. Danach ist u. a. ein Ausschluss von Arzneimitteln dann möglich, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Diese Klarstellung ist zu begrüßen. Sie wird allerdings konterkariert durch die in § 31 Abs. 1 Satz 4 eröffnete Möglichkeit für den Vertragsarzt, ein durch die Arzneimittel-Richtlinien ausgeschlossenes Arzneimittel weiterhin mit Begründung zu verordnen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen die Notwendigkeit einer solchen Auffangregelung aufgrund der detaillierten Vorgaben in § 92 nicht und schlagen die Streichung von § 31 Abs.1 Satz 4 vor.

In § 34 Abs. 1 wird der grundsätzliche **Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel** aus der Leistungspflicht der GKV vorgesehen. Ausnahmeregelungen hat der Bundesausschuss in den Arzneimittel-Richtlinien zu treffen. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Aus alledem folgt, dass auch in der hausärztlichen Versorgung die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, von den vom Bundesausschuss vorgesehenen Ausnahmen abgesehen, ausgeschlossen sind. Im Sinne der Gleichbehandlung und zur Klarstellung sollte in § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 an den Passus „Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen“ der Halbsatz „ § 34 Abs. 1 gilt entsprechend“ angefügt werden.

Flankierend zur ausnahmsweisen **Verordnungsfähigkeit von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln** ist es zum Erreichen der damit verbundenen Wirtschaftlichkeitsziele notwendig, dass den Krankenkassen und ihren Verbänden die für die Prüfung notwendigen Daten - insbesondere die verordnungsbegründenden Diagnosen - elektronisch übermittelt werden; dies ist gesetzlich in § 296 Abs. 1 Satz 2 zu verankern.

Die Wiedereinführung der **Festbetragsregelung für patentgeschützte Analooppräparate** - ausgenommen Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen bedeuten - wird ausdrücklich begrüßt. Sachgerecht sind auch die Regelungen zur preistechnischen Anpassung der bisherigen Festbeträge entsprechend der ab 01.01.2004 geänderten Arzneimittelpreisverordnung. Für die **aut-idem-Berechnung** für das 1. Quartal 2004 besteht das Problem

---

---

## Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz

---

der Kompatibilität mit der neuen Arzneimittel-Preisverordnung, da diese Berechnung mit dem Stichtag 01.12.2003 durchgeführt werden muss. Hier besteht Klarstellungsbedarf hinsichtlich der preistechnischen Anpassung analog zu den Festbeträgen, damit die intendierten Einsparungen im vollen Umfang erreicht werden können.

Nicht sachgerecht ist die **Regelung zum Off-Label-Use bei Arzneimitteln** im Sozialgesetzbuch (§ 35 b SGB V) - rechtssystematisch ist die vorgesehene Bewertung durch die Expertengruppen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Arzneimittelgesetz zu verankern, um den Verbraucherschutz an dieser Stelle konsequent aufrecht zu erhalten.

Regionale **Arzneimittelvereinbarungen und Richtgrößen** nach § 84 SGB V sollen der Erreichung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen dienen. Die mit der Reform vorgesehene Möglichkeit, gemeinsame Informations- und Beratungsmaßnahmen der Vertragspartner anteilig aus den Gesamtvergütungen zu finanzieren, ist aus Sicht der Krankenkassen zweckdienlich. Es würden jedoch falsche Anreize gesetzt, wenn bereits die Einhaltung gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen finanziell belohnt würde - die Bonusoption für diesen Fall sollte gestrichen werden. Außerdem bedarf es gesicherter Datengrundlagen als Grundlage der Vereinbarungen wie der Prüfungen.

Durch die anstehende Reform wird die gesetzliche **Preisbildung durch die Arzneimittelpreisverordnung** grundsätzlich auf den verschreibungspflichtigen Markt beschränkt, wobei die Aufhebung der Preisbindung für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel - abgesehen von der ausnahmsweisen Verordnungsfähigkeit - grundsätzlich marktgerecht erscheint. Die Aufhebung des Großhandelsabschlags in Höhe von 3 % nach dem Beitragssatzsicherungsgesetz wird über abgesenkte Höchstzuschläge des Großhandels kompensiert. Die Handelsspannen für Apotheken werden durch einen Festzuschlag in Höhe von 3 % zuzüglich 8,10 € vom Apothekeneinkaufspreis ersetzt. Der preisgestaffelte Apothekenabschlag wird auf einen packungsbezogenen Abschlag auf 2 € umgestellt. Die in diesem Zusammenhang vorgesehene Anpassung der Apothekervergütung an die Mengenentwicklung zu Lasten der GKV abgegebene Arzneimittelpackungen über den Festabschlag ist abzulehnen. Statt der vorgegebenen Vertragspflicht nach § 129 Abs. 2 SGB V sollte der Gesetzgeber einen unmittelbar am Festzuschlag ansetzenden Korrekturfaktor bestimmen.

Bezogen auf den **Arzneimittelvertrieb** folgt die Aufhebung des Versandhandelsverbots der EU-Rechtsprechung, unterwirft im Sinne des Verbraucherschutzes aber auch ausländische Apotheken den hohen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen, wie sie in Deutschland gelten. Dies ist im Interesse

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

der Versicherten und Patienten ausdrücklich zu begrüßen. Gleichwohl wird durch den Verzicht auf eine Öffnung des Vertragswettbewerbs im Hinblick auf Arzneimittelpreise in diesem Sektor eine Ausschöpfung von Effizienzvorteilen im Vertriebssystem verfehlt. Die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes mit einer Begrenzung auf 4 Apotheken erscheint in dieser Begrenzung willkürlich, bleibt jedoch ein Schritt in die richtige Richtung.

### **2.6 Gemeinsamer Bundesausschuss und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen grundsätzlich die Existenz eines gemeinsamen Bundesausschusses (GemBA), da dadurch die Selbstverwaltung mit ihrer Kompetenz wesentliche Bereiche der medizinischen Versorgung gestalten kann. Die Zusammenfassung bisheriger und mit unterschiedlichen Namen belegter Institutionen ist im Interesse von mehr Transparenz und der Straffung von Arbeitsabläufen sinnvoll. Um Schwierigkeiten der Vergangenheit nicht zu wiederholen bzw. nicht fortzuführen, sollten die Rechtsgrundlagen eindeutig und nicht interpretierbar sein. Dies gilt insbesondere für die Finanzierung und die Beteiligung von Patientenverbänden (vgl. auch Änderungsanträge in der Anlage 1).

Die Finanzierung des GemBA muss wegen seiner Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen dauerhaft gesichert und kontinuierlich sein. Sie darf nicht – wie bislang – von den umlagefinanzierten Haushalten seiner Träger abhängig sein, da sie damit jährlich zur Disposition steht und die Kontinuität der Arbeit gefährdet ist.

Die Zusammenfassung aller Kompetenzen der bisherigen Ausschüsse in einem „gemeinsamen Bundesausschuss“ erscheint im Interesse einer Straffung der Organisation sinnvoll. Diese Konzentration aller Aufgaben sollte aber nicht verhindern, dass die notwendige Transparenz über die Entscheidungsstrukturen gewährleistet wird. Ebenso wie für die Wahrnehmung der unterschiedlichen Aufgaben des gemeinsamen Bundesausschusses eine jeweils veränderte personelle Besetzung vorgesehen ist, sollte auch eine klarstellende Bezeichnung für die einzelnen Sektionen des gemeinsamen Ausschusses vorgesehen werden.

#### **- Gemeinsamer Bundesausschuss**

Sowohl für den gemeinsamen Bundesausschuss als auch für das ihn beratende unabhängige Institut bedarf es einer neuen Finanzierungsgrundlage, um ihre Leistungsfähigkeit zu gewährleisten und die Finanzierung

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

aus den Haushaltsberatungen einer Vielzahl beteiligter Organisationen herauszuhalten.

Die Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses sollte daher im Gesetz unmittelbar geregelt werden, und zwar in der Weise, dass die erforderlichen Mittel im Wege von Zuschlägen zu den Versorgungsleistungen aufgebracht werden. Die bisherige Finanzierung der Verwaltungskosten der beteiligten Institutionen ist unzureichend und hat in der Vergangenheit zu erheblichen Schwierigkeiten geführt.

Auch die Rechtsform des gemeinsamen Bundesausschusses sollte im Gesetz eindeutiger geregelt werden, um diese Frage nicht zum Spielball von Interpretationen und Rechtsprechung werden zu lassen.

### **- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Die künftige Struktur einer den gemeinsamen Bundesausschuss beratenden Stiftung muss gewährleisten, dass die organisatorische und fachliche Unabhängigkeit und wissenschaftliche Qualität der abgegebenen Voten gewährleistet ist. Es sollte deswegen auf jeden Fall der Eindruck einer staatlichen Abhängigkeit dieses Institutes vermieden werden. Damit ist nicht vereinbar, die Institutsleitung insgesamt nur im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berufen zu können. Auch sollte das Institut gegenüber dem gemeinsamen Bundesausschuss eine organisatorisch eigenständige Rechtsstellung haben.

Diese sollte im Gesetz eindeutig geregelt werden, um unnötige Anlaufprobleme zu vermeiden. Es ist unbefriedigend, wenn der Gesetzgeber die Rechtsform einer Stiftung als mögliche Lösung umschreibt, aber nur für diesen Fall eine sachgerechte Finanzierungsmöglichkeit zulässt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die sachgerechte Form der Finanzierung über Zuschläge zu den erbrachten Versorgungsleistungen allein auf die Stiftungslösung beschränkt werden soll. Wenn in den Eckpunkten für das Institut eine private Trägerschaft vorgesehen ist, so sollte eine sachgerechte Finanzierungslösung auf andere Rechtsformen, beispielsweise Verein oder GmbH, zugelassen werden. Wenn man andere Rechtsformen nicht will, dann sollte man die Stiftungslösung zwingend vorschreiben oder aber für andere private Lösungen sachgerechte Finanzierungslösungen eröffnen.

Ein Wissenschaftlicher Beirat mit ausgewiesenen Experten aus verschiedenen Disziplinen und mit entsprechenden Kompetenzen würde das wis-

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

senschaftliche Ansehen und die Akzeptanz des Instituts wesentlich aufwerten.

### **- Beteiligung von Patientenverbänden**

Von allen beteiligten Organisationen wird im Interesse einer besseren Akzeptanz und Transparenz der Entscheidungen der Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Stärkung der Patientenbeteiligung befürwortet. Die jetzt vorgesehene Konstruktion von Patientenvertretern in gleicher Zahl wie die der Vertreter der Krankenkassen mit eigenem Antragsrecht würde jedoch die Funktionsfähigkeit des neuen gemeinsamen Bundesausschusses massiv beeinträchtigen. Die dem gemeinsamen Bundesausschuss vielfältig übertragenen Aufgaben erfordern effiziente und schnelle Entscheidungen. Es muss daher eine Lösung gefunden werden, die zwar die Mitwirkungsrechte von Patientenvertretern garantiert, die Funktionsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung jedoch nicht blockiert. Sachgerecht ist daher die Beauftragung des vorgesehenen Patientenbeauftragten, dem ein Zugangsrecht zum gemeinsamen Bundesausschuss und ein Antragsrecht eingeräumt wird, für die jeweiligen Themen der Beratungen aufgrund seiner Entscheidungskompetenz „Vertreter“ aus von ihm bestimmten Patientenorganisationen zu benennen.

### **2.7 Reduzierung der Verwaltungsausgaben**

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2004 ist vorgesehen, die Entwicklung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Jahre 2004 bis 2007 zu begrenzen. Selbstverständlich streben die Krankenkassen sowie deren Verbände nach möglichst geringen Verwaltungskosten und sie wollen und werden ihren Beitrag gerade vor dem Hintergrund der schwierigen finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Gesundheitsreform 2004 leisten.

Allerdings ist im aktuellen Gesetzentwurf die vorgesehene Budgetierung der Verwaltungskosten nicht sachgerecht: Sie benachteiligt die Krankenkassen mit sinkender Versichertenzahl, da die Anpassung des Personalbestandes wegen der bekanntermaßen bestehenden tariflichen und rechtlichen Bindungen nicht kurzfristig möglich ist. Dem gegenüber haben Kassen mit steigender Versichertenzahl einen Vorteil. Notwendig ist deshalb eine Regelung, die der Krankenkasse zwei Optionen ermöglicht: entweder eine versichertenbezogene Bindung der Verwaltungskosten oder die Orientierung an der absoluten Höhe der Verwaltungskosten entsprechend der Grundlohnentwicklung (In der Anlage 2 ist ein entsprechender Änderungsantrag beigefügt.). Zu berücksichtigen ist zudem, dass gerade auch mit der Gesundheitsreform 2004 eine

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Reihe sinnvoller Maßnahmen umgesetzt werden sollen (siehe unten), die entsprechende Investitionskosten verursachen. So sind im Entwurf in vielen Bereichen Änderungen vorgesehen, die nur mit wesentlich höherem Arbeits- und Finanzaufwand umzusetzen sind. Dies gilt z. B. für:

- Regelungen zur Verbesserung der Transparenz,
- Vorgaben zum Ausbau des Informationsmanagements,
- den Aufbau einer Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
- die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen,
- die Verpflichtung zum flächendeckenden Angebot hausärztlich zentrierter Versorgungsformen,
- die kundenorientierte Umsetzung der Zuzahlungs- und Härtefallregelungen,
- die Einführung von Kostenerstattung für alle Versicherten,
- die Professionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- die Nutzung der erweiterten Vertragsmöglichkeiten mit ausländischen Leistungserbringern,
- usw.

Die Neuregelungen sind neben bereits bestehenden Mehraufwendungen (z. B. DMP) zu berücksichtigen, evtl. mit der Maßgabe, dass die Berücksichtigung in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde zu erfolgen hat.

Hinzu kommt, dass eine Budgetierung der Verbände dazu führt, dass bei der Umsetzung dieser Maßnahmen sinnvolle Synergieeffekte nicht genutzt werden, weil eine Konzentration der Aufgaben auf die Verbände oder die Übernahme von Entwicklungsarbeiten durch die Verbände unterbleibt. In der Konsequenz führt eine Budgetierung der Verbände damit zu höheren Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

### **2.8 Einführung der intelligenten Gesundheitskarte**

Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsmanagements und der Transparenz in der GKV sind dringend notwendig. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollte auf der Grundlage der gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 13.05.2002 erfolgen. Hierzu wurde folgendes vereinbart:

- 1) Die Gesundheitskarte wird zum 01.01.2006 auf freiwilliger Basis eingeführt.
-



## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

- 2) Die Gesundheitskarte enthält den europäischen Notfalldatensatz des Patienten, seine persönliche Identifikation/ Authentifizierung sowie Verweiskennung u. a. auf die Arzneimitteldokumentation.
- 3) Die Einzelheiten sind in einer gemeinsamen Vereinbarung der Selbstverwaltung festzulegen. Diese favorisiert nach wie vor eine Serverlösung für die Hinterlegung der Daten.

Durch die Erweiterung um neue Funktionen, wie die elektronische Signatur für jeden Versicherten als zwingende Voraussetzung, entstehen unbeantwortete Fragen zu dem Kosten-Nutzen-Verhältnis. Die in § 291 festgelegten zusätzlichen Kriterien wie vor allem der Zuzahlungsstatus machen nach wie vor keinen Sinn, da das von der Selbstverwaltung vorlegte Konzept der Online-Prüfung deutlich effektiver ist. Hinzu kommen die datenschutzrechtlichen Bedenken.

Die Krankenkassen favorisieren darüber hinaus für die Übermittlung ärztlicher Verordnungen ein Client Server Konzept (elektronisches Rezept), d. h. das Rezept soll vom Arzt aus mittels Leitung auf einen Server übertragen werden und von dort vom Apotheker abgerufen werden.

### **2.9 Finanzbeteiligung des Bundes (§ 221 SGB V)**

Die Entlastung der GKV durch Beteiligung des Bundes aus den Tabaksteuer-Einnahmen ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings fehlt eine Regelung zur sachgerechten Berücksichtigung dieser Einnahmen im Risikostrukturausgleich. Da diese in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung erfolgen sollte, ist die Ermächtigungsnorm (§ 266 Abs. 7 SGB V) entsprechend zu ergänzen.

Vorschlag: In § 266 Abs. 7 Nr. 9 werden nach dem Verweis "§ 249 b" die Worte "und der Beteiligung des Bundes nach § 221," eingefügt.

### **2.10 Harmonisierung mit anderen Gesetzesvorhaben**

Die GMG-Regelungen zur Leistungsaushilfe bei Sozialhilfeempfängern harmonisieren hinsichtlich des In-Kraft-Tretens nicht mit den Gesetzesvorhaben zur Einordnung des Sozialhilferechts und dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Um eine unnötige Belastung der Verwaltungskosten der Krankenkassen durch die wiederholte Ausstattung betroffener Personenkreise mit neuen Krankenversichertenkarten zu vermeiden, ist eine Harmonisierung der In-Kraft-Tretens-Regelungen notwendig.

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

*Änderungsantrag*

*Anlage 1*

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

**Zu Nr. 70 - § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss**

**1. § 91 wird wie folgt geändert:**

- a) In Absatz 1 erhält Satz 2 folgende Fassung:  
„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zum 01.01.2004 als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet.“
- b) In Absatz 5 wird nach Satz 2 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“
- c) In Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.“
- d) In Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Krankenhäuser und Krankenkassen.“

**2. Nach § 91 wird folgender § 91 a eingefügt:**

**§ 91 a  
Finanzierung**

**Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden abzurechnenden Krankenhaushausfall und auf die Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 85a in Höhe eines entsprechenden Vomhundertsatzes. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Kran-**

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

kenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Die Zuschläge auf die Krankenhausfälle werden vom Institut für Entgeltsysteme im Krankenhauswesen zusammen mit dem DRG-systemzuschlag (§ 17 b Abs. 5 KHG) erhoben und an den Gemeinsamen Bundesausschuss abgeführt. Die Höhe der Zuschläge auf jeden Krankenhausfall und auf die Vergütung in die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.“

### *Änderungsantrag*

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

### **Zu Nr. 112 - §§ 139 a bis 139 c – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

#### **1. § 139 a wird wie folgt geändert:**

- a) § 139 a Abs.1 erhält folgende Fassung:  
„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in der Rechtsform einer Stiftung des privaten Rechts. Die Institutsleitung wird einvernehmlich durch den Stiftungsvorstand bestimmt, in den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen Vertreter entsenden kann.“
  - b) Absatz 2 wird gestrichen.
  - c) Die bisherigen Absätze 3 bis 6 werden Absätze 2 bis 5.
-

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

2. § 139 b wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „hat“ durch „kann“ ersetzt.
  - b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:  
„Die Befugnis, einen Teil der Aufgaben durch institutseigenes Personal zu erledigen, bleibt hiervon unberührt.“
  
3. § 139 c wird gestrichen.

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

### **Änderungsantrag**

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

#### **Zu Nr. 118 - § 140 f - Beteiligung von Patienten und des Bundesbeauftragten für die Belange der Patienten**

##### **1. In § 140 f wird Absatz 2 wie folgt gefasst:**

„(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303 b erhalten die in der Verordnung nach § 140 g anerkannten Organisationen ein Anhörungsrecht. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 bis 7 erhalten die Organisationen ein Antragsrecht. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt oder ihrem Antrag nicht entsprochen, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

##### **2. Absatz 3 in § 140 f wird wie folgt gefasst:**

„(3) In den Landesausschüssen nach § 90 sowie in den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen sind, erhalten die in der Verordnung nach § 140 g anerkannten Organisationen ein Anhörungsrecht. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

##### **3. Absatz 5 in § 140 f wird gestrichen.**

##### **4. Dem § 140 h wird der folgende Absatz 3 angefügt:**

„(3) Die beauftragte Person ist berechtigt, bei den Sitzungen der in § 140 g Abs. 2 und 3 genannten Gremien mit zu beraten. Sie kann einen Vertreter oder eine Vertreterin entsenden.“

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

### Begründung zur Änderung des § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Nummer 1 a)

**Die Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts schafft mehr Rechtsklarheit und -sicherheit. Die bisherige Regelung, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss lediglich Rechtsfähigkeit verleiht, lässt offen, ob es sich bei dem Bundesausschuss um eine rechtfähige juristische Person des öffentlichen oder privaten Rechts handelt und welche Rechtsform gemeint ist. Das ist unbefriedigend, weil diese offenen Fragen seit Jahrzehnten Anlass zu juristischen Auseinandersetzungen sind.**

Bei der Entscheidung über die Rechtsform ist der Anstalt des öffentlichen Rechts der Vorzug zu geben vor einem Körperschaftsmodell. Denn dem Gemeinsamen Bundesausschuss fehlt die für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts typische verbandsmäßige Struktur. Das zeigt sich insbesondere darin, dass dem Gemeinsamen Bundesausschusses neben den Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und den Interessenvertretern der Krankenhäuser ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder angehören. Diese Mitwirkung von „Außenstehenden“ widerspricht der bei einer Körperschaft vorliegenden Beherrschung durch ihre Mitglieder.

Deshalb ist es sachgerecht, den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts zu errichten. Dies entspricht auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das den Bundesausschuss in einem Urteil vom 20.03.1996 – Az. 6 RKa 62/94 (BSGE 78, 70, 78 ff) ausdrücklich als Anstalt qualifiziert hat.

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Zu Nummer 1b bis 1d)

**Die Änderungen stellen klar, für welchen Versorgungssektor der Gemeinsame Bundesausschuss in der jeweiligen besonderen Zusammensetzung seine Entscheidungen trifft. Ebenso wie für die Wahrnehmung der sehr unterschiedlichen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses eine jeweils veränderte personelle Besetzung vorgesehen ist, sollte auch eine klarstellende Bezeichnung für die einzelnen Sektionen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen werden.**

**Die namentliche Hervorhebung der einzelnen Sektionen dient somit einer sinnvollen organisatorischen Untergliederung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach einzelnen Versorgungssektoren in Anlehnung an die bereits bestehenden Beschlussgremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Damit ist die Einheit des Entscheidungsgremiums gewährleistet, aber zugleich erkennbar, wer für die jeweilige Entscheidung zuständig und verantwortlich ist.**

Zu Nummer 2) - § 91 a -

**Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses sollte im Gesetz unmittelbar geregelt werden, und zwar in der Weise, dass die erforderlichen Mittel im Wege von Zuschlägen zu den Entgelten für die Versorgungsleistungen aufgebracht werden. Die bisherige Finanzierung über Verwaltungskosten der beteiligten Institutionen ist unzureichend und hat in der Vergangenheit zu erheblichen Schwierigkeiten geführt. So ist beispielsweise heute eine ausreichende Finanzierung der Geschäftsführung für die Ausschüsse nicht gesichert; über die Aufsicht des BMGS kann sichergestellt werden, dass den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen wird. Die Finanzierungsregeln für den Gemeinsamen Bundesausschuss gelten in gleicher Weise für das Institut nach § 139 a; deshalb kann auf § 139 c verzichtet werden.**

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

***Begründung zur Änderung der §§ 139 a ff – Institut für Qualität  
und Wirtschaftlichkeit***

**Zu Nummer 1 a)**

Die Rechtsform des Instituts sollte im Gesetz eindeutig geregelt werden, um unnütze Diskussionen und Anlaufprobleme zu vermeiden. Wenn die einzige sachgerechte Finanzierungsmöglichkeit des Instituts über die Erhebung von Systemzuschlägen ohnehin an die Bedingung der Gründung einer Stiftung des privaten Rechts geknüpft wird, sollte diese Rechtsform auch zugleich als verbindlich vorgeschrieben werden.

**Zu Nummer 1 b)**

Folgeänderung zu Nummer 1 a)

**Zu Nummer 2 a) und 2 b)**

Die bisherige Formulierung, dass das Institut zur Erledigung seiner Aufgaben nach § 139a Abs.3 Nr.1 bis 5 wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige zu vergeben hat, erweckt den Eindruck, dass allein dieser Weg über externe Aufträge für die Aufgabenerfüllung zulässig sein solle. Das ist aber weder gewollt, noch wäre dieser Weg in der Praxis gangbar. Das Institut ist vielmehr – neben der Auftragserteilung an externe Stellen - auch auf eigene

---



## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Mitarbeiter angewiesen. Das wird durch die beiden Änderungen in Nummer 2 a und b klargestellt.

### **Zu Nummer 3)**

Folgeänderung zu § 91 a

### Begründung zum Änderungsvorschlag zu §§ 140 f und 140 h – Beteiligung von Patienten und dem Bundesbeauftragten für die Belange der Patienten

#### **Zu Nr. 1) und 2)**

Durch die Regelung wird den Verbänden der Patienten und der Selbsthilfe erstmals ein weitreichendes Mitwirkungsrecht an den Entscheidungen der wesentlichen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung eingeräumt. Das Recht auf Anhörung verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, den berechtigten Interessen zu entsprechen; deren Anliegen dürfen nur dann abgelehnt werden, wenn überwiegende, schriftlich niederzulegende Gründe dagegen sprechen.

Weiterhin können die Vertreter der Patienten-Organisationen Entscheidungen zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beantragen. Das Antragsrecht geht über die derzeitigen Befugnisse der anhörungsberechtigten Verbände hinaus und begründet eine neuartige und starke Form der Beteiligung für die Patienten-Vertreter. Sie können damit aktive Beiträge zur Ausgestaltung des Leistungsrechts der GKV auf den Weg bringen. Die Verfahrensabläufe werden durch die neue Verfahrensordnung rechtsstaatlich geregelt und unter-

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

liegen der Aufsicht des BMGS, so dass auch insoweit die Rechte der Patienten als gesichert anzusehen sind.

Auf Hereinnahme der Patienten-Vertreter als Mitglieder (ohne Stimmrecht) in den Gemeinsamen Ausschuss wird jedoch verzichtet. Eine „dritte Bank“ – neben den beiden Bänken der Krankenkassen und der Leistungserbringer – würde dem historisch bewährten Organisationsprinzip des Bundesausschusses widersprechen. Dieses Prinzip der bipolaren Entscheidungsstruktur, die in der paritätischen Besetzung beider Bänke und der beiderseitigen Verantwortung für die zu treffenden Entscheidungen zum Ausdruck kommt, würde durch eine dritte Bank grundsätzlich und entscheidend gestört. Die auf der beiderseitigen Fachkompetenz und dem Zwang zum Kompromiss beruhende weitgehende Akzeptanz der Entscheidungen ginge verloren.

Die Zulassung der Patienten-Vertreter als Mitglieder würde zudem die Forderung anderer Verbände auf Mitwirkung im Ausschuss nach sich ziehen; das wäre dann das Ende der gemeinsamen Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung.

Deshalb soll es für die Patienten-Vertreter zunächst bei dem Anhörungs- und Antragsrecht verbleiben.

### **Zu Nr. 3)**

Ohne ein Teilnahmerecht der Patientenvertreter in den Sitzungen ist eine Regelung der Reisekosten hinfällig.

### **Zu Nr. 4)**

Der Bundesbeauftragte für die Belange der Patienten spielt eine wesentliche Rolle bei der Wahrung der Patienteninteressen. Er kann

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

auch von nicht organisierten Patienten und Patientinnen angesprochen werden und gewährleistet zugleich personelle Kontinuität in den Entscheidungsgremien. Er vervollständigt den Schutz der Patienten, weil seine Teilnahme an den Sitzungen sichert, dass das Anhörungs- und Antragsrecht auch in den mündlichen Verhandlungen der Gremien zum Tragen kommt.

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

**Anlage 2**

**Artikel 1**

**Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch**

X. Dem § 4 Abs. 4 werden folgende Sätze angefügt:

**„Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen in den Jahren 2004 bis 2007 gegenüber den jeweiligen Vorjahren die bei Anwendung der für das gesamte Bundesgebiet geltenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 ergebenden Ausgaben nicht überschreiten; Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten können berücksichtigt werden. Satz 4 gilt nicht, soweit Mehrausgaben aufgrund der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von Strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen oder sie auf der Übertragung von Personalkosten des Arbeitgebers auf die Krankenkasse beruhen und sie nicht im Rahmen der vorgegebenen Höhe der Verwaltungsausgaben ausgeglichen werden können.“**

**Begründung**

**Zu Artikel 1** (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

**Zu Nummer .....** (§ 4)

Die Regelung sieht für die Entwicklung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen eine im Wesentlichen dynamische Begrenzung für die

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Jahre 2004 bis 2007 vor. Die Verwaltungsausgaben dürfen sich im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr nur in dem Maße verändern, wie sich auch die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen entwickeln (Bindung der Entwicklung der Verwaltungsausgaben an die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V). Die jahresdurchschnittliche Versichertenentwicklung kann berücksichtigt werden. Die Regelung gilt nicht, soweit Steigerungen der Verwaltungsausgaben unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f (Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung – RSAV) stehen oder auf Erhöhungen der Verwaltungsausgaben beruhen, die durch die Übertragung von Personalkosten des Arbeitgebers auf die Krankenkassen entstehen. Diese Ausnahmen gelten nicht, wenn sie durch die Mobilisierung von Einsparreserven in der Verwaltung bzw. Umschichtungen innerhalb des vorgegebenen Ausgabenrahmens finanziert werden können.