

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(2)
vom 17.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme des VdAK/AEV

**zur Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf
der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems**

- GMG -

vom 2. Juni 2003

Entwurf: Stand 17.06.2003

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Grundsätzliche Anmerkungen

Der Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems setzt drei Schwerpunkte zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung:

- Der größte Teil der Neuregelungen entfällt auf Strukturmaßnahmen bzw. Ansätze zur Steuerung der Versorgung.
- Es sind diverse Regelungen zur Leistungsbegrenzung vorgesehen.
- Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Sicherung der Finanzierung der GKV ergriffen.

Insgesamt soll mit umfassenden Themenkomplexen und Einzelregelungen die Gesundheitsversorgung in Deutschland effektiver und effizienter gestaltet werden. Mit dem Fokus auf bessere Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit werden aus Sicht der Ersatzkassen die richtigen Ziele anvisiert und an bekannten Strukturdefiziten des Gesundheitswesens angesetzt. Insofern sind die Intentionen des Gesetzentwurfs positiv zu werten, jedoch sind an zahlreichen Themenkomplexen noch grundlegende Änderungen erforderlich, um tatsächlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern.

Positiv hervorzuheben ist vor allem die Beteiligung des Bundes an der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, die von den Ersatzkassen ausdrücklich begrüßt wird. Die Steuerfinanzierung dieser gesellschaftspolitisch wichtigen Leistungen (z.B. bei Mutterschaft und Schwangerschaft) ist ordnungspolitisch sinnvoll und entspricht einer langjährigen Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie wissenschaftlicher Experten.

Problematisch sind die Maßnahmen zur Leistungsbegrenzung bzw. Streichung. Der Weg der Leistungsausgrenzung stellt den GKV-Katalog insgesamt zur Disposition und gefährdet die Akzeptanz der Reform. Dies gilt insbesondere für die Herausnah-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

me des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung, die zu einseitigen Belastungen der Versicherten führt. Unabdingbar ist die – auch im Gesetzentwurf vorgesehene – Erhaltung der Absicherung des Krankengeldes im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Nur durch eine solidarische Finanzierung des Krankengeldes sind untragbare Belastungen insbesondere von kranken Versicherten sowie unnötige Verwaltungsaufwände vermeidbar.

Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit soll die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vor allem durch flexible Vertragsmöglichkeiten in der fachärztlichen Versorgung, die Liberalisierung der Arzneimittelversorgung, die Einrichtung eines "Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin" (DZQM), die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte sowie die Verbesserung der Datentransparenz beitragen. Um gesundheitsrelevantes Verhalten der Versicherten zu fördern, sollen auf mehreren Ebenen Bonussysteme eingeführt bzw. die Zuzahlungen neu gestaltet werden. Die Rolle der Patienten soll u.a. durch einen Patientenbeauftragten gestärkt werden. Die Schaffung des "Beauftragten der Bundesregierung für die Belange des Patienten" wird jedoch nicht mit eigenständigen Regelungen im Gesetzentwurf beschrieben. Zudem sollen die Organisationsrechte der Krankenkassen angeglichen werden. Zu den jeweiligen Themenkomplexen nehmen die Ersatzkassen wie folgt Stellung:

1. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Das Vertragsrecht der GKV ist reformbedürftig. Die Ersatzkassen fordern seit Jahren eine stärkere Flexibilisierung und wettbewerbliche Ausrichtung des Vertragsrechts. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sind allerdings problematisch, weil sie ohne Not den freien Zugang der Patienten behindern und eine willkürliche Unterscheidung zwischen Kollektivvertrag und Einzelvertrag ohne jedes Qualitäts- und Effizienzkriterium beinhalten. Ziel neuer Vertragsstrukturen ist die Erhöhung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung u.a. durch dazu

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

notwendige selektive Vertragsschlüsse und mittelfristigen Kapazitätsabbau. Unmittelbares Ziel war nie, die flächendeckende Versorgung durch Einzelverträge sicherzustellen. Dies müsste jedoch nach dem vorliegenden Entwurf erfolgen. Hier besteht erheblicher Klärungsbedarf.

Alternative Vertragsstrukturen können nur eingeführt werden, wenn diese nicht zu finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen führen. Dazu muss sichergestellt sein, dass nicht wettbewerbs- oder gar verfassungsrechtliche Probleme eine selektive Vertragsgestaltung verhindern. Sollten sich Ärzte in solche Vertragsgestaltungen einklagen können, wären Differenzierungen in den Vertragsbindungen nach Qualitätsanforderungen oder Kapazitätserwägungen nicht möglich.

Zu begrüßen ist die Festschreibung eines Bereinigungsverfahrens für die fachärztliche Vergütung. Denn damit kann bei Wechsel eines Arztes vom Kollektiv- in den Einzelvertrag die notwendige Bereinigung der Gesamtvergütung um den entsprechenden Honoraranteil erfolgen. Problematisch ist allerdings, dass sich durch die Öffnung für Einzelverträge an den bestehenden Überkapazitäten und Qualitätsdefiziten bei den im Kollektivvertrag verbleibenden Fachärzten nichts ändert. Es muss daher sichergestellt werden, dass bei Abschluss eines zusätzlichen Vertrages - der zur Sicherstellung der Versorgung mit einem Arzt erforderlich wird - nicht insgesamt höhere Kosten entstehen. Zudem müssen die gesetzlichen Regelungen eindeutig vorsehen, dass sich nicht jeder Leistungsanbieter in einen Vertrag mit einer Kasse einklagen kann, wie es in der Vergangenheit in anderen Bereichen geschehen ist. Hier besteht im Gesetzentwurf noch erheblicher Nachbesserungsbedarf.

Verhindert werden muss außerdem, dass bei Begrenzungen der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung Kostenerstattungsansprüche der Versicherten entstehen, die nicht nur kostensteigernd wirken, sondern auch keine Sicherheit bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit geben und nur mit erheblichem Aufwand zu administ-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

rieren wären. Dies ist bereits geschehen durch die aktuelle EuGH-Rechtsprechung in der Rechtssache "Müller-Fauré/van Riet" für die Inanspruchnahme von Ärzten im europäischen Ausland.

Eine Akzeptanz alternativer Versorgungsstrukturen bei den Versicherten wird nur zu erreichen sein, wenn es nicht zu unzumutbaren Einschränkungen bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen kommt. Insofern wird es darauf ankommen, die Sicherstellungsverantwortung für die Versorgung auch zukünftig möglichst gemeinsam wahrzunehmen und gleichförmige Versorgungsangebote zu schaffen. Das bereits entwickelte Konzept einer gemeinsamen Sicherstellung (Runder Tisch) könnte aufgegriffen werden. Die hierzu vorgesehenen Vorgaben der Spitzenverbände müssen so ausgestaltet sein, dass dies ermöglicht wird.

Den Krankenhäusern werden erweiterte Möglichkeiten eingeräumt, auch ambulante Leistungen zu erbringen. Die Öffnung der Krankenhäuser sollte nicht nur für den Fall von Versorgungslücken oder für einen Katalog hochspezialisierter Leistungen vorgesehen werden. Hier empfiehlt sich eine Öffnung für alle Fälle, in denen das Krankenhaus ambulante fachärztliche Leistungen qualitativ besser und/oder wirtschaftlicher anbieten kann. Teure Doppelstrukturen müssen aber ausgeschlossen bleiben.

Ein für die Krankenkassen verpflichtend einzuführendes Hausarztssystem ist abzulehnen. Als Optionsregelung hingegen wird zur besseren Steuerung der Patienten das Hausarztmodell begrüßt. Mit den Gesundheitszentren wird zudem eine neue Anbieterstruktur eingeführt, die mit angestellten Ärzten neue Möglichkeiten für die Gestaltung der medizinischen Versorgung bieten.

Vertragsgestaltungen im Bereich der integrierten Versorgung werden erleichtert, indem bürokratische Fesseln beseitigt werden. Die integrierte Versorgung erhält wichtige neue Impulse, da sie zukünftig als "alternative Regelversorgung" umgesetzt

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

werden kann, die außerhalb des Kollektivvertragssystems steht. In der Startphase einer integrierten Versorgung wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität durchbrochen. Durch unzureichende Vorgaben zur Budgetbereinigung stellen die Aufwände für integrierte Versorgungsformen eine Zusatzinvestition mit hohem Risiko dar, was insgesamt Vertragsabschlüsse erheblich behindern wird.

Insgesamt unbefriedigend ist der Trend, Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung stärker auf Schiedsämter oder sogar den Gesetz- bzw. Verordnungsgeber zu verlagern. Grundsätzlich sollte es der Selbstverwaltung überlassen bleiben, Konfliktlösungen zu finden. Hierzu bedarf es allerdings rechtlicher Vorgaben, die eine Einigung erzwingen und funktionierende Konfliktlösungsmechanismen.

- Vergütung

Die weitere Einführung pauschalierter Vergütungsformen in der ambulanten Versorgung ist sinnvoll. Allerdings fehlen noch die notwendigen Rahmenbedingungen. So muss klargestellt werden, wie die Aufteilung der Fallpauschalen auf die einzelnen Leistungserbringer erfolgen soll. Außerdem sollte die Auszahlung von Behandlungspauschalen an Hausärzte davon abhängig gemacht werden, dass sich Patienten bei diesen Hausärzten eingeschrieben haben und dauerhaft nur von dem jeweiligen Hausarzt betreut werden.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung wird nach qualitativen Gesichtspunkten erweitert bzw. ihr Schwerpunkt verlagert. Es ist nicht abzuschätzen, ob der zusätzliche Aufwand durch die zu erwartenden Ergebnisse gerechtfertigt wird.

Bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen müssen zudem zwingend die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der beteiligten Krankenkassen berücksichtigt werden. Die derzeitige Fortschreibung der

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Gesamtvergütungen ist wettbewerbsverzerrend, nicht leistungs- und qualitätsorientiert sowie betriebswirtschaftlich kontraproduktiv. Es ist deshalb eine Korrektur bzw. Neujustierung der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung notwendig.

- Korruptionsbekämpfung

Die Installation geeigneter Strukturen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug durch Einrichtung von Korruptionsbekämpfungsstellen ist sinnvoll. Der Entwurf lässt aber die konkrete, verbindliche Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen offen. Der neue "Beauftragte zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen" wird zudem nicht ausreichend mit Rechten ausgestattet, um seine Aufgabe effektiv erfüllen zu können. Es wäre zielführender, auf den Korruptionsbeauftragten zu verzichten und dafür die Selbstverwaltung in diesem Feld weiter zu stärken.

2. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Der GMG-Gesetzentwurf birgt im Hinblick auf die künftige Ausgabenentwicklung Chancen, aber auch erhebliche Risiken, die sich einer abschließenden Bewertung entziehen, da sie vom reibungslosen Zusammenspiel vieler Einzelregelungen bzw. dem potenziellen Versagen einzelner Bausteine maßgeblich beeinflusst werden. Zur Verbesserung der Versorgung mit Arzneimitteln werden zu großen Teilen langjährige Forderungen der Ersatzkassen aufgegriffen. Grundsätzlich zu begrüßen sind daher:

- Der Aufbau einer 4. Hürde im Sinne einer Kosten-Nutzen-Bewertung als nachgeschaltete Zugangskontrolle zum GKV-Markt nach der eigentlichen Zulassung,
- die Liberalisierung der Vertriebswege und der Abrechnungsmöglichkeiten durch Einführung des Versandhandels inklusive der Möglichkeit zu Preisverhandlungen außerhalb der Arzneimittelpreisverordnung,
- die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes für Apotheker,

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

- die Änderung der Arzneimittelpreisverordnung mit resultierender Reduktion des maximalen Aufschlagssatzes für den pharmazeutischen Großhandel sowie frühere Kappung des Apothekenaufschlages und Reduzierung dessen Höhe bei hochpreisigen Arzneimitteln,
- die Wiederaufnahme der Möglichkeit, Festbeträge der Stufen 2 und 3 zu bilden,
- die weit gehende Liberalisierung der Preisermittlung für die Abgabe von Arzneimitteln insbesondere im Rahmen vereinbarter Versorgungsformen bis auf die Ebene einzelner Kassen mit einzelnen Apotheken.

Kritisch stehen die Ersatzkassen zur Zuweisung der Kompetenz für die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln an das "Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin" (DZQM) in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Form. Neben der grundsätzlichen Kritik an der Einrichtung eines selbstverwaltungsfernen Zentrums (siehe unten) sind hier vor allem die weit gehenden Entscheidungsrechte des Zentrums über die Tätigkeit des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen zu bemängeln. Auch die Benennung festbetragsfähiger neuer Arzneimittel sollte in den Händen der Selbstverwaltung bleiben. Problematisch sind zudem folgende Neuregelungen im Arzneimittelbereich:

- Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel birgt die Gefahr, dass statt dessen teurere verschreibungspflichtige Mittel zum Einsatz kommen.
- Die Abschaffung der Durchschnittsprüfung als einzigem bisher flächendeckend funktionierendem Prüfinstrument sowie sozialrechtlich erprobten Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

3. Errichtung eines "Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin"

Das im GMG geplante "Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin" (DZQM) soll zukünftig insbesondere eine Bewertung des medizinischen Nutzens und der Qualität von Leistungen vornehmen. Zu den Schwerpunktaufgaben des Zentrums soll auch die Erarbeitung von Empfehlungen an die Selbstverwaltungsgremien gehören. Mit

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

der Errichtung dieses neuen Zentrums wird in die Gestaltungskompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern eingegriffen. Die Ersatzkassen lehnen die Einrichtung einer neuen und insbesondere selbstverwaltungsfernen Institution zur vermeintlichen Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung ab. Notwendig wäre hierzu vielmehr eine Verbesserung der Rechts- und Arbeitsgrundlagen der heutigen Selbstverwaltungslösung im Rahmen des Koordinierungsausschusses, der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus u.a. durch funktionierende Konfliktlösungsmechanismen und realistische Zeitvorgaben. Hier könnte auch die Einrichtung eines fachlich unabhängigen Institutes zur wissenschaftlichen Unterstützung der Tätigkeit der Selbstverwaltung in Trägerschaft der Vertragspartner hilfreich sein.

Unbeschadet dieser grundsätzlichen Kritik an der Einrichtung eines DZQM sehen die Ersatzkassen kritisch, dass der Gesetzentwurf weitgehend offen lässt, wie die organisatorische Ausgestaltung geregelt werden soll. Notwendige Festlegungen werden erst endgültig mit der noch zu erstellenden Satzung für das Zentrum und der Geschäftsordnung des Kuratoriums getroffen und damit auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Die Ersatzkassen sehen die Notwendigkeit, die Zielstellung, die Aufgabenbeschreibung und die organisatorischen Strukturen einer derartigen neuen Institution klar zu definieren.

Hinsichtlich notwendiger Regelungen auch im GMG-Entwurf empfehlen die Ersatzkassen insbesondere:

- Festlegung der Trägerorganisationen auf die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung,
- Konkretisierung der Aufgaben auf die Aufbereitung des aktuellen Wissens im Sinne einer Wissensagentur,

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

- Vermeidung der Gefahr der Kommerzialisierung durch bezahlte Gutachtenaufträge an das Zentrum,
- Entzerrung von wissenschaftlichen und politischen Aspekten bei der Aufgabebearbeitung sowohl in den Strukturen als auch bei den Ergebnissen des Zentrums,
- wissenschaftliche Begleitung der Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltungsgremien durch das Zentrum,
- Förderung der sektor übergreifenden Ausrichtung des Zentrums.

Zur Realisierung einer Selbstverwaltungslösung sind weitere Detailregelungen erforderlich, die in der Kommentierung der bisher vorgelegten Regelungen des GMG nicht Platz greifen können.

4. Förderung von Prävention und Selbsthilfe

Der Verpflichtung, mindestens 25 % der gesetzlich festgelegten Präventionsfördermittel zur Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten oder als zweckgebundenes Sondervermögen in einen Gemeinschaftsfonds "Prävention und Gesundheitsförderung" - verwaltet vom Bundesversicherungsamt - bereit zu stellen, stehen die Ersatzkassen kritisch gegenüber. Insbesondere das geplante Sondervermögen des Gemeinschaftsfonds, zu dessen Finanzierung ausschließlich die Krankenkassen verpflichtet werden, ist abzulehnen. Die Zielsetzung einer solchen "auf Dauer angelegten Organisationsstruktur" ist nicht definiert. Es fehlt ein Gesamtkonzept zur Präventionsförderung, das auch andere Verantwortliche (z.B. Gebietskörperschaften, übrige Sozialversicherungsträger) entsprechend ihrer Zuständigkeit zur Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe verpflichtet. Kritisch zu sehen ist auch, dass die GKV selbst über ihre in das Sondervermögen eingebrachten Gelder nicht mehr entscheiden kann, da die Mittelverwendung durch eine Rechtsverordnung des BMGS geregelt wird. Geradezu kontraproduktiv für die Prävention wirkt sich zudem eine stärkere Verpflichtung der Kassen aus, wenn damit ein weiterer finanzieller

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Rückzug der primär verantwortlichen Akteure z.B. in schulischen und kommunalen Settings einher ginge.

Auch die kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsfonds zur Selbsthilfeförderung beurteilen die Ersatzkassen skeptisch. Denn hiermit werden den Krankenkassen Möglichkeiten genommen, eigene Schwerpunkte bei der Förderung zu setzen. Den einzelnen Kassen werden bisherige flexible Gestaltungsmöglichkeiten entzogen und bislang existierende Kooperationen zwischen jeweiligen Kassen und Selbsthilfegruppen bzw. -verbänden zerstört.

5. Organisationsrechte der Krankenkassen

Der Gesetzentwurf sieht zahlreiche begrüßenswerte Änderungen im Organisationsrecht der Krankenkassen vor. Die Mehrzahl der Regelungen ist wettbewerbspolitisch überfällig, da die ungleichen Organisationsrechte den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen seit Jahren verzerrt haben. Die Ersatzkassen begrüßen daher insbesondere:

- die Unwiderruflichkeit der Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen nach dem Grundsatz: "Einmal geöffnet, immer geöffnet!",
- das Verbot der Öffnung von Betriebskrankenkassen für Betriebe der privaten Kranken- und Lebensversicherung,
- den verpflichtenden Übergang der Personalkosten vom Arbeitgeber auf Betriebskrankenkassen,
- den Ausschluss von BKK- und IKK-Errichtungen durch Leistungserbringer,
- die Streichung des Rechts geöffneter BKKn, sich auf weitere Betriebsteile auszu dehnen.

Darüber hinaus ist auch das Moratorium für die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die 10-Jahres-Klausel für BKK-/IKK-Öffnungen bis zum 01.01.2007 grundsätzlich zu begrüßen. Hiermit werden kurzfristig deren Privilegien

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

gestoppt, über einen Marktzutritt je nach Wettbewerbssituation selbst entscheiden zu können. Die Vereinheitlichung der Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen sollte aber nicht zu eng befristet werden. Hier ist es vielmehr geboten, das Errichtungs- und Öffnungsmoratorium für Betriebs- und Innungskrankenkassen zeitlich unmittelbar an eine generelle Reform des Organisationsrechts zu koppeln. Da der Gesetzentwurf richtigerweise vorsieht, dass bei Fusionen mit geöffneten BKKn/IKKn zwingend eine geöffnete BKK/IKK entsteht, muss darüber hinaus verhindert werden, dass das Öffnungsmoratorium für BKKen/IKKen, die weniger als zehn Jahre bestehen, strategisch durch Fusionen mit bereits geöffneten Betriebs-/Innungskrankenkassen umgangen wird.

Demgegenüber lehnen die Ersatzkassen die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen zum 01.01.2007 ab. Hiermit werden ungeklärte ordnungspolitische Grundsatzfragen aufgeworfen. Es entstehen neue strategische Möglichkeiten, mit weitreichenden Konsequenzen für die gesamte Wettbewerbsordnung und Stabilität des GKV-Systems. Faktisch würde mit kassenartenübergreifenden Fusionen die Entstehung enger Oligopole in der GKV beschleunigt. Eine Konzentration auf der Nachfrageseite wäre aber wettbewerbs- und kartellrechtlich äußerst fragwürdig, da schon kurz- bis mittelfristig eine marktbeherrschende Stellung einzelner Kassen droht. Derartigen Tendenzen in Richtung "Einheitskasse" darf der Gesetzgeber im Interesse der Versicherten nicht Vorschub leisten. Denn diese haben ein berechtigtes Interesse an Wahlfreiheit und funktionierenden Märkten im Gesundheitswesen. Die Regelungen zu kassenartenübergreifenden Fusionen sollten ersatzlos entfallen.

6. Bonus für Versicherte

Die Ersatzkassen begrüßen das versorgungspolitische Ziel, Versicherte an spezielle Versorgungsformen (Hausarztmodell, DMP, integrierte Versorgung) - die in der Regel eine gewisse Einschränkung der freien Arztwahl beinhalten - durch finanzielle Anreize (Zuzahlungsermäßigungen) stärker zu binden. Der neue Handlungsspiel-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

raum sollte allerdings als zusätzliche Option (Kann-Regelung) eingeräumt werden und nicht obligatorisch sein. Da die besonderen Versorgungsmodelle sich gerade durch ihre Individualität und Patientenorientierung auszeichnen sollen, muss auch eine individuelle Entscheidung für oder gegen einen Bonus möglich sein.

Problematisch ist die Finanzierung der Bonusregelungen. Eine Refinanzierung aus Einsparungen der Versorgungsmodelle ist erst langfristig denkbar. Bis dahin geht die Finanzierung zu Lasten derjenigen, die nicht an solchen Modellen teilnehmen können oder wollen. Schwer kalkulierbar für die GKV ist auch das zukünftige Volumen der Ermäßigung bei den Arzneimittelzuzahlungen.

Auch die Möglichkeit für Krankenkassen, in ihrer Satzung einen Versichertenbonus für die Teilnahme an Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, an Primärprävention und betrieblicher Gesundheitsförderung vorzusehen, ist aus Versorgungssicht sinnvoll. Die Finanzierung durch die nicht teilnehmenden Versicherten ist aber auch hier kritisch zu werten.

Die Abschaffung der Befreiungsmöglichkeit für die gesetzliche Arzneimittelzuzahlung (Härtefälle) und die einheitliche Überforderungsklausel sind zu begrüßen. Die fixe Arzneimittelzuzahlung für Härtefälle in Höhe von 1 EUR ist sozial ausgewogen. Aus Gleichbehandlungsgründen ist jedoch die doppelte Zahlung von Festzuschüssen in Härtefällen problematisch, wenn die Versicherten eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne vernachlässigt haben.

7. Weitere Einzelregelungen

- Praxisgebühren

Die Einführung von Praxisgebühren in Höhe von 15 EUR bei direkter Inanspruchnahme eines Facharztes wird von den Ersatzkassen nicht unterstützt. Vorrangig wird damit nur die finanzielle Belastung der Versicherten erhöht. Die behaupteten struktu-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

rellen Veränderungen werden durch neu auftretende Nachteile aufgewogen. So muss davon ausgegangen werden, dass die notwendige Einholung einer Überweisung zu unnötigen, kostentreibenden Arztkontakten führt. Zudem werden die Ausnahmeregelungen den beabsichtigten Finanzierungseffekt deutlich schmälern.

- Krankenversichertenkarte

Die geplanten Änderungen an der Krankenversichertenkarte (KVK) werden von den Ersatzkassen nicht unterstützt. Die Aufbringung eines Lichtbildes ist nicht geeignet, den unterstellten Kartenmissbrauch einzudämmen. Zudem sollten veränderliche Daten wie Zuzahlungsstatus und Teilnahme an besonderen Versorgungsformen nicht auf der Gesundheitskarte gespeichert werden.

- Elektronische Gesundheitskarte

Grundsätzlich ist die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte sinnvoll. Die verpflichtende Nutzung bis spätestens 1. Januar 2006 ist allerdings unrealistisch. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte darf nicht auf freiwilliger (individueller) Basis erfolgen, sondern muss verpflichtend auch bei den medizinischen Daten eingeführt werden, um unnötige Doppelstrukturen (z.B. bei Arztbrief und Verordnung) zu vermeiden. Ungeklärt ist, ob die Bereitstellung von Daten eine Speicherung auf der Karte oder eine Zugriffsmöglichkeit über "Pointer" (Verweise) beinhaltet, wobei die Ersatzkassen nur den Einsatz von Pointern auf der Karte als sinnvoll erachten. Da die notwendige Infrastruktur für die elektronische Gesundheitskarte eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, muss auch die finanzielle Beteiligung des BMGS sichergestellt werden.

- Datentransparenz

Die Regelungen zur Datentransparenz sind kritisch zu sehen, da mit der Schaffung neuer Institutionen erheblicher organisatorischer Aufwand verbunden ist. Es ist zu befürchten, dass die Kosten in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Für die Bil-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

dung eines Datenpools muss daher auf möglichst "schlanke" Strukturen geachtet werden. Der geplante Beirat im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft sollte entfallen, um eine Blockademöglichkeit zu verhindern.

- Vermittlung privater Zusatzversicherungen

Die Ersatzkassen haben seit langem die Forderung erhoben, den Krankenkassen selbst zu ermöglichen, individuelle "Zusatzangebote" (z.B. Auslandskrankenversicherung, Sterbegeld, erhöhtes Krankengeld) in Ergänzung zum bestehenden umfassenden Leistungsrahmen anzubieten. Die Vermittlung privater Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Krankenkassen fällt hinter diese weiter gehende Lösung zurück. Dennoch werden diese neuen Möglichkeiten begrüßt, da sie zur Belebung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen beitragen können und den Krankenkassen die Möglichkeit bieten, ihren Versicherten ein umfassendes Leistungsangebot offerieren zu können.

- Krankenpflege Wohnungsloser

Die vorgesehene Neuregelung wird abgelehnt, da die Versorgung der betroffenen Personen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung sowie weitergehender Regelungen der Kommunen/Sozialhilfeträger sichergestellt ist. Die drohende Kostenverlagerung auf die GKV lehnen die Ersatzkassen ab.

- Aufwendungen für Sozialhilfeempfänger

Die zwingende auftragsweise Leistungserbringung der Krankenkassen für nicht gesetzlich krankenversicherte Sozialhilfeempfänger hat erhebliche administrative Probleme für die Krankenkassen zur Folge. Eine Umsetzung zum 01.01.2004 ist daher fraglich.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

8. Finanzielle Bewertung

Einer Vorgabe, wonach erzielte Einsparungen durch Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Leistungen (vollständig) sowie durch weitere Entlastungen (zur Hälfte) in Form von Beitragssatzsenkungen an die Versicherten weiter zu geben sind, bedarf es nicht. Ohnehin sind die Krankenkassen durch die generellen haushaltsrechtlichen Vorschriften gehalten, Einnahmen- wie auch Ausgabenüberschüsse durch entsprechende Veränderungen des Beitragssatzes auszugleichen. Zudem bietet der intensive Wettbewerb der Krankenkassen genügend Anreize, Möglichkeiten zur Beitragssatzsenkung umgehend wahrzunehmen.

Das mit der Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen bedingte Einsparvolumen aus der in drei Schritten abgestuften Einführung der Tabaksteuererhöhung in den Jahren 2004/2005 (40 Cent / 30 Cent / 30 Cent) soll für die GKV zu folgenden Entlastungen führen: Für das Jahr 2004 wird 1 Mrd. €, für das Jahr 2005 1,5 Mrd. € und für das Jahr 2006 2 Mrd. € zur Hälfte jeweils am 1. Mai und 1. November als Abschlag gezahlt. Ab 2007 werden zu den gleichen Zeitpunkten Abschläge in Höhe des halben Vorjahresmehraufkommens gezahlt. Ab 2005 wird jeweils am 1. Februar das tatsächlich erzielte Aufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer im jeweiligen Vorjahr ermittelt und über das Bundesversicherungsamt mit einer von der GKV noch zu benennenden zentralen Stelle der Krankenkassen am 1. Mai abgerechnet. Der Betrag, der am 1. Mai 2007 für das Jahr 2006 abzurechnen ist, bildet die Obergrenze der vom Bund zu leistenden Zahlungen für die Folgejahre.

Konkret bedeutet dies, dass den Krankenkassen - mit zeitlicher Verzögerung - die vollen Mehreinnahmen aus der Tabaksteuererhöhung zufließen sollen, wobei jedoch zumindest in den Jahren 2004 und 2005 eine umfassende Abdeckung der versicherungsfremden Leistungen damit keinesfalls möglich ist. Hierzu wären insgesamt 4,5 Mrd. € p.a. erforderlich. Inwieweit die Tabaksteuernehmeinnahmen ab 2006 zur Ab-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

deckung der versicherungsfremden Leistungen ausreichen werden, kann derzeit nicht abgeschätzt werden.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass sich die Ausgaben für die zukünftig durch Steuern zu finanzierenden Leistungen unterschiedlich auf die Krankenkassen verteilen, so dass auch unterschiedlich hohe Entlastungen entstehen werden.

Das mit den anderen Maßnahmen des Gesetzes erzielbare Einsparvolumen wird für die Zeit ab 2004 mit insgesamt ca. 8,6 Mrd. € veranschlagt (insb. Leistungsbegrenzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Veränderung von Zuzahlungen, Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen bzw. bei Sterilisation und künstlicher Befruchtung, Streichung des Sterbegeldes, Höhere Beiträge von Rentnern auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen sowie Steuerungs- und Struktureffekte). Zu bezweifeln ist, dass durch die veränderte Spreizung der Zuzahlungen für Arzneimittel überhaupt Mehreinnahmen entstehen. Auch bei den geänderten Härtefallregelungen und bei der Anhebung der Zuzahlung im Krankenhaus erscheinen die im Zahlentableau zum Gesetzentwurf angegebenen Volumina zu hoch, so dass für die Veränderung von Zuzahlungen insgesamt nur mit Mehreinnahmen in Höhe von 1 Mrd. € zu rechnen ist. Völlig offen sind die finanziellen Auswirkungen durch sogenannte Steuerungs- und Struktureffekte, so dass hier allenfalls ein Einsparvolumen von 1 Mrd. € angesetzt werden kann.

Insgesamt ergibt sich nach Einschätzung der Ersatzkassen lediglich ein Einsparvolumen von 6,7 Mrd. € gegenüber den vom BMGS angegebenen 9,6 Mrd. €. Zusammen mit der Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung ergibt sich danach eine Entlastungswirkung für die Arbeitgeber in Höhe von ca. 0,7 Beitragssatzpunkten. Bei den Versicherten wird sich wegen der höheren Belastung durch die allein versichertenseitige Krankengeldabsicherung per Saldo kein Entlastungsvolumen ergeben. Dem gegenüber gestellt werden müssen die zusätzlichen Belastungen durch erhöhte Zuzahlungen und private Finanzierung einer Reihe von

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Leistungen, so dass hier eine massive Verschiebung von Lasten auf die Versicherten und die Patientinnen und Patienten zu verzeichnen ist. Insgesamt wird sich kurzfristig kein Beitragssatzsenkungspotential einstellen. Hier wirken auch die reduzierten Zahlungen aus der Tabaksteuererhöhung negativ auf den Spielraum für Beitragssenkungen. Im übrigen hängt es wesentlich von der jeweiligen Finanzsituation der einzelnen Kasse (Defizit 2002, Rücklagen/Betriebsmittel) ab, ob die geplanten Entlastungen tatsächlich zu Beitragssenkungen führen können.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 10 Abs. 1 SGB V (Familienversicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

keine

B. Stellungnahme

In letzter Zeit wird vermehrt der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung von bislang privat Versicherten über 55-jährigen Ehepartnern über den Weg der Familienversicherung beobachtet. Hierbei handelt es sich überwiegend um selbständig Tätige, die ihr Gewerbe aufgeben, sodass kein Verhinderungsgrund für die Familienversicherung nach § 10 SGB V (mehr) besteht, solange auch das Gesamteinkommen - z. B. aus sonstigen Einkunftsquellen - die maßgebliche Einkommensgrenze nicht überschreitet. Demgegenüber hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Reformgesetz 2000 für über 55-jährige Personen den erstmaligen Zugang sowie die Rückkehr in die GKV durch den Ausschluss der Versicherungspflicht (§ 6 Abs. 3 a SGB V) verhindert.

Im Interesse einer Gleichstellung aller Versicherten ohne Unterschied darauf, ob die Rückkehr bzw. der Zugang zur GKV als Mitglied oder als Familienversicherter erfolgt, ist ein Ausschluss der Familienversicherung für über 55-jährige bislang nicht gesetzlich krankenversicherte Ehe-/Lebenspartner analog § 6 Abs. 3 a SGB V vorzusehen.

C. Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 10 Abs. 1 SGB V um den Satz: "Ehegatten und Lebenspartner nach Vollendung des 55. Lebensjahres werden nicht versichert, wenn sie in den letzten 5 Jahren vor Beginn der Familienversicherung nicht gesetzlich versichert waren und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V (Behandlung im EU-Ausland)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung soll es freiwillig Versicherten sowie Pflichtversicherten ermöglicht werden, Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung auch in Staaten des EG-Vertrages in Anspruch zu nehmen.

B. Stellungnahme

Die eine Umsetzung der EuGH-Urteile in nationales Recht bedeutende Neuregelung entspricht den Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und ist grundsätzlich zu begrüßen. Zu verlangen ist aber die Erfüllung der Qualitätserfordernisse nach der nationalen Regelung und (nicht alternativ) das Vertragsverhältnis der Leistungserbringer. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass nicht zugelassene Leistungserbringer ins nahegelegene Ausland abwandern und von dort aus gesetzlich Versicherte über Kostenerstattung behandeln können.

Die im letzten Satz des § 13 Abs. 4 (neu) vorgesehene (auch im Rahmen des Sachleistungsprinzips mögliche) Leistungserbringung im Ausland, weil im Inland keine (rechtzeitige) Behandlungsmöglichkeit besteht, ist - wie bisher im § 18 Abs. 1 SGB V geregelt - auf alle Versicherten (auch auf die Versicherungspflichtigen) zu beziehen und sollte in einer separaten Bestimmung (§ 13 trägt die Überschrift "Kostenerstattung") platziert werden. Ferner sollte diese mit Blick auf § 140e SGB V vorrangig durch vertraglich gebundene Leistungserbringer erfolgen. Hierdurch würde eine Stärkung des Sachleistungsprinzips und analoge Anwendung der inländischen Regelungen erreicht.

Im Übrigen ist die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 140e SGB V (neu) durch eine Leistungsvorschrift zu untermauern, nach der generell - und nicht nur in den Fällen mangelnder Behandlungsmöglichkeiten im Inland - eine Leistungsgewährung im Ausland im Rahmen des auf Vertrag gegründeten Sachleistungsprinzips ermöglicht wird (wegen der erforderlichen Anrechnung auf das Budget siehe Stellungnahme zu § 140e SGB V).

Mit Blick auf das Urteil des EuGH vom 13.05.2003 ist die Kostenerstattung auch für Versicherungspflichtige und ihre Familienangehörigen zu ermöglichen.

Der alleinige Bezug auf Staaten im Geltungsbereich des Europäischen Wirtschaftsraumes lässt unberücksichtigt, dass die EWG-Verordnungen über Soziale Sicherheit auch für die Schweiz Anwendung finden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

§ 13 Abs. 4:

In Satz 1 ist hinter "EG-Vertrages" anzufügen "in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz". In Satz 2 ist "oder" durch "und" zu ersetzen und nach "zur Versorgung der" einzufügen "darin gesetzlich". Nach Satz 2 ist der Satz einzufügen "Alle Leistungsvoraussetzungen müssen wie bei der Leistungsgewährung im Inland erfüllt sein." Der letzte Satz ist zu streichen (vgl. zu § 18 - neu -).

§ 13 Abs. 5:

Der Absatz ist zu streichen.

§ 13 Abs. 6:

Abs. 6 wird Abs. 5 mit der Änderung "... gilt im Fall des Absatzes 4 entsprechend."

§ 18 (neu):

Kostenübernahme bei Behandlung im Geltungsbereich des EG-Vertrages, in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz

- (1) 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. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht. Leistungserbringer nach § 140e sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.
- (2) Die Krankenkasse kann auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.
- (3) Im Übrigen kann die Krankenkasse Leistungen im Geltungsbereich des EG-Vertrages, in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz durch Leistungserbringer nach § 140e erbringen lassen. Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 18 wird § 18a. (unter Ergänzung der Überschrift und des Absatzes 1 Satz 1 und Absatzes 3 hinter "EG-Vertrages" um ", anderer Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz".

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 15 SGB V (Krankenversichertenkarte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Angabe "§ 291" durch die Wörter "zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen (§ 291 Abs. 2 Nr. 1 - 10)" ersetzt werden sollen.

B. Stellungnahme

Der Änderung kann - redaktionell verändert - zugestimmt werden.

C. Änderungsvorschlag

Der Klammerhinweis "§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10" sollte hinter "Krankenversichertenkarte" plaziert werden.

Darüber hinaus Streichung der Formulierung "oder, soweit sie noch nicht eingeführt ist, einen Krankenschein auszuhändigen" in § 15 Abs. 2 SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 18 SGB V (Folgeregelung zu Behandlungen im EU-Ausland))

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der geplanten Ergänzung des § 13 SGB V werden die Aussagen im § 18 SGB V um das "Ausland außerhalb des EG-Vertrages" ergänzt.

B. Stellungnahme

Die im letzten Satz des § 13 Abs. 4 (neu) vorgesehene (auch im Rahmen des Sachleistungsprinzips mögliche) Leistungserbringung im Ausland, weil im Inland keine (rechtzeitige) Behandlungsmöglichkeit besteht, ist - wie bisher in § 18 Abs. 1 SGB V geregelt - auf alle Versicherten (auch auf die Versicherungspflichtigen) zu beziehen und sollte in einer separaten Bestimmung (§ 13 trägt die Überschrift "Kostenerstattung") platziert werden.

Der alleinige Bezug 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.

C. Änderungsvorschlag

§ 18 (neu):

Kostenübernahme bei Behandlung im Geltungsbereich des EG-Vertrages, in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz

- (1) 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. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht. Leistungserbringer nach § 140e sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.
- (2) Die Krankenkasse kann auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.
- (3) Im Übrigen kann die Krankenkasse Leistungen im Geltungsbereich des EG-Vertrages, in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäi-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

schen Wirtschaftsraum und in der Schweiz durch Leistungserbringer nach § 140e erbringen lassen. Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 18 wird § 18a. (unter Ergänzung der Überschrift und des Absatzes 1 Satz 1 und Absatzes 3 hinter "EG-Vertrages" um ", anderer Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz".

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 19 Abs. 2 (und Abs. 3) SGB V (Erlöschen des Leistungsanspruchs)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 2 regelt die nachgehenden Leistungsansprüche Versicherungspflichtiger, deren Mitgliedschaft endet. Durch die Ergänzung um Satz 2 wird nunmehr klargestellt, dass ein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V Vorrang gegenüber dem nachgehenden Leistungsanspruch nach Satz 1 hat.

B. Stellungnahme

Die Ergänzung des Absatzes 2 um Satz 2 entspricht der Forderung der Ersatzkassen nach einer entsprechenden gesetzlichen Klarstellung, nachdem sich in der Praxis vor dem Hintergrund der BSG-Urteile vom 07.05.2002 Probleme ergeben hatten. Das BSG hatte seinerzeit dem nachgehenden Leistungsanspruch den Vorrang vor einem Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V gegeben.

§ 19 Abs. 2 und 3 SGB V soll nach dem damaligen Willen des Gesetzgebers Lücken im Versicherungsschutz und damit evtl. Härten durch den kurzfristigen Verlust des Arbeitsplatzes vermeiden. Aufgrund der SGB III-Leistungen, die Versicherungspflicht auslösen, und den diversen Möglichkeiten der freiwilligen Versicherung sind solche Lücken im Versicherungsschutz heutzutage so gut wie ausgeschlossen. Außerdem ist es nicht mehr sachgerecht, dass Versicherte für einen Monat Leistungsansprüche haben, ohne dafür Beiträge zu entrichten, zumal künftig (vgl. § 264 SGB V - E) Sozialhilfeempfänger ihre Leistungen auftragsweise von den Krankenkassen erhalten sollen.

C. Änderungsvorschlag

Alternativ zur vorgesehenen Ergänzung des Absatzes 2 Streichung der Absätze 2 und 3.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 20 Abs. 2 SGB V (Förderung Primärprävention)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 20 Abs. 2 werden folgende Absätze 2 a) bis 2 c) eingefügt:

- 2 a) 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.
- 2 b) 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.
- 2 c) 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 und das Verfahren der Vergabe unter Mitwirkung des "Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung" geregelt.

B. Stellungnahme

Diese Regelung steht in engem inhaltlichen Zusammenhang zu der Änderung des § 20 Absatz 3 SGB V und der Diskussion über die Errichtung einer "auf Dauer angelegten Organisationsstruktur" im Bereich der Prävention (vgl. "Runder Tisch" und "Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung").

Auch wenn die Ersatzkassen ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Mitarbeit in einer solchen "auf Dauer angelegten Organisationsstruktur" erklärt haben, bestehen gegen die o.g. Änderung des § 20 Absatz 2 SGB V erhebliche Bedenken:

- Die Zielsetzung für eine solche "auf Dauer angelegte Organisationsstruktur" ist nach wie vor nicht definiert. Insofern muss allein aus verwaltungsökonomischen

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Gründen die Einrichtung einer kostenverursachenden Organisationsstruktur kritisch betrachtet werden.

- Dem Gedanken der Schaffung einer "auf Dauer angelegten Organisationsstruktur" kann man nur näher treten, wenn hieraus ein Mehrwert für die Prävention entsteht. D.h. eine bloße Umverteilung von Geldern, die in der GKV für die Prävention zweckgebunden zu verwenden sind, zur - alleinigen - Quelle des Sondervermögens zu deklarieren, aus der dann zusätzlich Overhead-Kosten zu bestreiten sind, ist abzulehnen. Ein Mehrwert für die Prävention entsteht hierdurch nicht, zumal bereits etablierte Strukturen, wie die Bundesvereinigung für Gesundheit und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, existieren.
- Völlig offen ist, ob man durch ein solches (aus der GKV gespeistes) Sondervermögen das Defizit der Unterversorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen mit präventiven Leistungen tatsächlich beseitigen kann. Im Rahmen des Setting-Ansatzes sind wirksame Präventionsaktivitäten nur zu realisieren, wenn Prävention als gesamtgesellschaftliche - und nicht nur eine GKV-Aufgabe - Aufgabe verstanden wird.

Aus diesem Grunde ist die Schaffung eines Sondervermögens in § 20 Absatz 2 a) bis 2 c) im SGB V abzulehnen, da alle der Prävention Verpflichteten die Finanzierung des Sondervermögens und ggf. auch von Präventionsaktivitäten als Aufgabe der GKV betrachten werden. Unabhängig von ggf. im Einzelfall möglichen Zuwendungen der Industrie (Tabak-, Alkohol-, Pharmaindustrie) werden sich andere Beteiligte, insbesondere Länder und Kommunen, völlig aus der Finanzierung des Sondervermögens und auch der Setting-bezogenen Gemeinschaftsprojekte zurückziehen.

Zu kritisieren ist weiterhin, dass die GKV selbst über ihre in das Sondervermögen eingebrachten Gelder nicht mehr entscheiden kann, da das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach der Regelung ermächtigt ist, u.a. die Verwendung der Mittel durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu regeln.

C. Änderungsvorschlag

Diese Regelung im SGB V konterkariert die politische Absicht, die Prävention insbesondere auch für sozial benachteiligte Gruppen auf breiter Basis zu stärken. Sie ist daher zu streichen.

Es erscheint sinnvoll, entsprechende Regelungen in einem zu schaffenden Präventionsgesetz (vgl. Koalitionsvereinbarung) für alle Akteure in der Prävention verpflichtend zu verankern.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 20 Abs. 3 Sätze 4 bis 7 SGB V (Förderung Primärprävention)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

Zur Erfüllung dieser Aufgaben können die Krankenkassen Gemeinschaftsprojekte auch mehrerer Träger mitfinanzieren. Mindestens 25 vom Hundert des nach Satz 1 festgelegten Betrags haben die Kassen zur Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten oder als Einlage in den Gemeinschaftsfonds "Prävention und Gesundheitsförderung" nach Absatz 2 a vorzusehen.

B. Stellungnahme

Setting-Projekte werden von den Präventionsexperten als geeignet angesehen zur gezielten Erreichung von Personen mit sozial bedingt erhöhten Gesundheitsrisiken. Die GKV-Spitzenverbände empfehlen die gemeinschaftliche Durchführung derartiger Projekte. Da jedoch für die verschiedenen Settings stets mehrere Träger verantwortlich sind (z.B. für Schulen die Kultusverwaltung, Schulträger, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Unfallversicherungsträger, Lehrer, Eltern), sind diese Projekte gemeinschaftlich zu implementieren und auch gemeinschaftlich zu finanzieren.

Im Rahmen der geplanten Fondsfinanzierung werden jedoch ausschließlich die Krankenkassen zur Finanzierung derartiger Aktivitäten verpflichtet, während die übrigen Verantwortlichen keinen Anlass mehr für eine Ausweitung ihres finanziellen Engagements auf diesem Feld haben. Es droht ein finanzieller Rückzug der primär Verantwortlichen aus der gesundheitsfördernden Arbeit in schulischen und kommunalen Settings.

Ein schlüssiges Gesamtkonzept zur Stärkung der Prävention, das die (Haupt-)Verantwortlichen - insbesondere die Gebietskörperschaften aller Ebenen sowie die übrigen Zweige der Sozialversicherung - entsprechend ihrer Zuständigkeit an der Aufgabe und der Finanzierung beteiligt, wird nicht vorgelegt.

C. Änderungsvorschlag

Die Regelung im SGB V ist abzulehnen.

Entsprechende Regelungen müssen in das zu schaffende Präventionsgesetz integriert werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 20 Abs. 4 Satz 1 und Satz 6 SGB V (Selbsthilfeförderung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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:

"Die in 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."

B. Stellungnahme

Mit der Einrichtung kassenartenübergreifender Gemeinschaftsfonds wird den Krankenkassen die Möglichkeit genommen, eigene Schwerpunkte bei der Förderung zu setzen oder exklusiv größere Projekte insbesondere der Bundesverbände der Selbsthilfe zu realisieren. Dadurch wird die Flexibilität der Krankenkassen beseitigt, auf konkrete Selbsthilfeanliegen zu reagieren. Weiter wird die bisher existierende Schnittstelle der einzelnen Krankenkassen zu den jeweiligen Selbsthilfegruppen bzw. -verbänden erheblich gestört.

Die Neuformulierung des § 20 Abs. 4 SGB V hat u.a. zum Ziel, die Transparenz über die Förderung zu erhöhen. Hierfür sind Daten über die Selbsthilfestrukturen erforderlich. Durch die Einrichtung von kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsfonds werden bestehende Datendefizite nicht beseitigt.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 24b SGB V (Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf Kostenübernahme für nicht rechtswidrige Sterilisation wird beschränkt.

B. Stellungnahme

Der beschriebenen Begrenzung des Leistungsanspruchs wird zugestimmt, da es sich bei "nicht rechtswidrigen" Sterilisationen in der Regel um versicherungsfremde Leistungen handelt. Anders ist der Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation zu bewerten (vgl. § 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).

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 27a SGB V (Künstliche Befruchtung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der § 27a SGB V wird aufgehoben. Dienst- und Sachleistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung sind nicht mehr von der GKV zu übernehmen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um versicherungsfremde Leistungen. Diese sind der Eigenverantwortung (und Finanzierung) der Versicherten zuzurechnen.

Es sollte jedoch eine ergänzende Vorschrift eingeführt werden, auf deren Grundlage die Bereinigung von Budgets wegen der Leistungsausgrenzung zu erfolgen hat. Der hierfür grundsätzlich einschlägige § 85 Abs. 3 SGB V spricht nämlich nur von "Leistungsausweitungen".

C. Änderungsvorschlag

Variante 1:

In § 85 Abs. 3 SGB V wird das Wort "Leistungsausweitung" durch das Wort "Leistungsveränderung" ersetzt.

Variante 2:

In § 85 Abs. 3 SGB V werden nach dem Wort "Leistungsausweitung" die Wörter "oder Leistungseinschränkung" ersetzt.

Variante 3:

Nach § 85 Abs. 3c SGB V wird folgender Absatz 3d eingefügt:

"Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 2004 sind auf ein gemäß Satz 2 verringertes Vergütungsvolumen des Jahres 2003 zu beziehen. Die Gesamtvergütungen des Jahres 2003 sind um den Teil zu verringern, der auf die ärztlichen Leistungen bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (§ 27a) und bei nicht durch Krankheit erforderlichen Sterilisationen (§ 24b) entfällt."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 28 Abs. 3 SGB V (Psychotherapeutischer Konsiliarbericht durch Hausärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der vor Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung notwendige Konsiliarbericht zur somatischen Abklärung soll nur noch durch Hausärzte erstellt werden.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist Teil der gesetzgeberischen Maßnahmen zur Stärkung der Rolle des Hausarztes.

Zwar ist es generell richtig, den Hausarzt als Stelle zur Abklärung möglicher somatischer Ursachen vor einer psychotherapeutischen Behandlung anzusehen. Es ist jedoch zweifelhaft, ob Hausärzte in jedem Fall diese Abklärung durchführen können oder ob nicht auch die direkte Abklärung durch einen Facharzt sinnvoll sein kann. In diesen Fällen können Hausärzte die Abklärung nicht oder nicht richtig durchführen, was entweder falsche Einschätzungen oder unnütze Arztbesuche nach sich zieht.

Es sind derzeit keine relevanten Fälle bekannt, dass die aktuelle gesetzliche Regelung zu Problemen geführt hätte; insoweit ist die Änderung verzichtbar.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Patienten zahlen für jede direkte Inanspruchnahme eines Facharztes eine "Praxisgebühr" in Höhe von 15 Euro. Ausnahmen gelten für Frauen- und Augenärzte, für Inanspruchnahmen auf Grund von Überweisungen und für Inanspruchnahmen im Rahmen von DMPs, integrierten Versorgung und in Notfällen. Ausnahmen gelten auch für Dauerpatienten, die nicht an einem DMP oder einer integrierten Versorgung teilnehmen können.

B. Stellungnahme

Die Einführung der Praxisgebühr erfolgt vorrangig zur Erhöhung der Finanzierungsbelastung der Patienten. Die behaupteten strukturellen Veränderungen werden im Einzelfall zwar eintreten, werden aber aufgewogen durch neu auftretende Nachteile. So muss davon ausgegangen werden, dass die Notwendigkeit des Einholens einer Überweisung in vielen Fällen zu unnötigen (und kostentreibenden) Arztbesuchen führt und die Akzeptanz der GKV-Versorgung erheblich beeinträchtigt. Dies gilt insbesondere für Dauerpatienten, für die eine Ausnahmeregelung zwar sinnvoll und notwendig, in der vorgeschlagenen Form jedoch unzureichend ist. So kann der Arzt nicht feststellen, ob eine Krankenkasse eine integrierte Versorgung anbietet und ob diese "in zumutbarer Entfernung" zur Verfügung steht. Darüber hinaus werden dauerhaft viele chronisch Kranke nicht an DMPs teilnehmen, weil ihre Erkrankungen nicht DMP-fähig sind.

Die Ausnahmeregelungen werden den beabsichtigten Finanzierungseffekt erheblich abschwächen, da damit gerade die Patienten entlastet werden, die das Gesundheitswesen häufig in Anspruch nehmen (müssen) und deren Arztbesuche einen wesentlichen Teil der Praxisgebühr ausgelöst hätten. Wenn an der Praxisgebühr wegen ihres Finanzierungseffektes festgehalten wird, sollte auf diese Ausnahmeregelungen verzichtet werden. Dies könnte auch als zumutbar angesehen werden, wenn eine Praxisgebühr von einem Arzt nur einmal im Quartal erhoben werden darf.

C. Änderungsvorschlag

1. Streichung.
2. Soweit an der Praxisgebühr festgehalten wird, ergibt sich folgender Änderungsvorschlag:

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

- In § 28 Abs. 4 S. 1 wird nach den Worten "Satz 1 gilt nicht" die Angabe "1." gestrichen; S. 2 Nr. 2 wird gestrichen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 30 (Festzuschüsse Zahnersatz) i.V. mit § 61 Abs. 1 Nr. 2, § 85 Abs. 2 Satz 6, § 87 Abs. 2 d Satz 1, § 88 Abs. 2 Satz 1

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die prozentualen Zahnersatz-Zuschüsse werden durch therapiebezogene Festzuschüsse im Sachleistungssystem ersetzt. Die Festlegung der Festzuschüsse erfolgt kassenartenbezogen auf der Ebene der Gesamtvertragspartner. Grundlage für die Berechnung der Festzuschüsse sind Leistungskomplexe, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema) sowie im Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL) für das zahnärztliche Honorar sowie zahntechnische Leistungen gebildet werden. Die Höhe der Festzuschüsse folgt dem bisherigen Niveau der prozentualen Anteile der Krankenkassen. Für Härtefälle wird der doppelte Festzuschuss erstattet. Die bisherige Bonusregelung bleibt grundsätzlich erhalten.

B. Stellungnahme

Grundsätzlich ist der Vorschlag des Gesetzesentwurfs bezüglich einer Umstellung auf therapiebezogene Festzuschüsse zu begrüßen. Dabei ist insbesondere hervorzuheben, dass zentrale Gestaltungselemente des Sachleistungssystems, z.B.:

- die Erstellung eines kostenfreien Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt,
- die vorherige Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Krankenkasse,
- die Beibehaltung des bisherigen Leistungsniveaus in der vertragszahnärztlichen Versorgung,
- Abrechnung der Festzuschüsse über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (keine Direktabrechnung),
- der Verbleib der Festzuschüsse als Vergütungsbestandteil in der höchstzulässigen Gesamtvergütung
- die Bildung von Leistungskomplexen in der zahnärztlichen sowie zahntechnischen (prothetischen) Versorgung

im künftigen Festzuschuss-System beibehalten werden. Insgesamt ist durch das neue System insbesondere mit einer Vereinfachung des Leistungs- und Abrechnungsverfahrens zwischen den Krankenkassen, den KZVen sowie den Versicherten zu rechnen.

Kritisch sind aus Sicht der Ersatzkassen indes folgende Inhalte zu bewerten:

- Unabhängig von der Frage, ob eine länder(KZV)spezifische Festlegung der Festzuschüsse politisch akzeptabel ist (= regionalisierte Festzuschüsse!), zementiert

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

die vorgeschlagene Regelung für die Ersatzkassen den "Vergütungsabstand" zu den Regionalkassen im Honorarbereich. Hier muss auf eine gesetzgeberische Klarstellung in § 85 Abs. 2 S. 6 gedrängt werden, welche sowohl bei den Festzuschüssen als auch den Punktwerten den Abstand zwischen den Kassenarten nivelliert (= gemeinsam und einheitliche Festzuschüsse bei identischen ZE-Punktwerten). Ansonsten entstünde das Paradoxon, dass die für den Honorar- sowie Zahntechnikbereich zu bildenden (geteilten) Festzuschüsse beim Honoraranteil zwischen den Krankenkassen unterschiedlich, beim Laboranteil hingegen gleich hoch sind. Für die Ersatzkassen impliziert diese Regelung - wie im aktuellen (prozentualen) Recht - Wettbewerbsnachteile, da die Ersatzkassen zum einen im Regelfall höhere Festzuschüsse als die Regionalkassen zahlen und zum anderen die Versicherten der Ersatzkassen höhere Eigenanteile leisten müssen. Im Sinne einer Vereinheitlichung des zahnärztlichen Leistungs- und Vergütungsrecht (RSA!) ist dies nicht zielführend und führt zu leistungs- und vergütungsrechtlichen Verwerfungen zwischen den Krankenkassen.

- In dem vorliegenden Gesetzesentwurf werden für die Festlegung der Leistungskomplexe keine expliziten Fristen für die Umsetzung durch die Selbstverwaltung genannt. Da das System von therapiebezogenen Festzuschüssen auf Bema-Basis den eigentlichen berufspolitischen Zielen der Zahnärzteschaft (Festzuschüsse mit Kostenerstattung auf GOZ-Basis) zuwiderläuft, muss mit einer Blockadepolitik der KZBV/der KZVen gerechnet werden. Insofern sollte der Gesetzesentwurf konkrete Fristen für die Umsetzung vorsehen. Aber auch ohne die Unterstellung derartiger Blockadestrategien könnte die Bildung der Festzuschüsse durch das im Entwurf vorgesehene zweistufige Verfahren zeitlich verzögert werden, da zunächst auf der Bundesebene der Bema (§ 87 Abs. 2 d) und das BEL (§ 88 Abs. 2) auf Leistungskomplexe umzustellen sind und anschließend die Bildung der Festzuschüsse durch die Parteien der Gesamtverträge erfolgt. Durch das auf diesen Ebenen vorhandene Konfliktpotential muss daher mit massiven Zeitverlusten bei der Umsetzung gerechnet werden.
- Darüber hinaus führt die in § 85 Abs. 2 Satz 6 SGB V vorgesehene Anrechnung der Festzuschüsse auf die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung in der praktischen Umsetzung zu diversen Problemen. So wird aufgrund der konträren Budgetsituation - insbesondere zwischen den einzelnen Kassenarten - die Festzuschuss-Bildung erheblich erschwert. Dies gilt insbesondere für KZV-Bereiche, in denen eine einheitliche Gesamtvergütung über alle Gebührentarife vereinbart bzw. festgesetzt wurde. Auch die Frage, wie bei der Bildung und Anrechnung der Festzuschüsse auf die Gesamtvergütung angesichts vieler denkbarer Budgetoptionen (z.B. Soll- oder Ist-Ausgaben als Basis, Ausgangsjahr für die Berechnung) umgegangen wird, ist nach dem vorliegenden Entwurf noch offen. Der Gesetzgeber müsste daher dringend konkrete Berechnungsvorschriften für die Bildung der Festzuschüsse vorgeben.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Zusammenfassend ist das Konzept aus politischer Sicht zu begrüßen, obgleich die Festlegung indikationsbezogener Festzuschüsse und/oder bundeseinheitliche GKV-Festzuschüsse nochmals diskutiert werden könnte (cave: Budgetierungsregelungen!). Ein kassenartenbezogener Festzuschuss wird von den Ersatzkassen aber abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

§ 30 als "Generalnorm" für die Festzuschüsse kann zunächst unverändert bestehen bleiben.

§ 85 Abs. 2 Satz 6 SGB V ist wie folgt zu ändern bzw. zu ergänzen:

"Beim Zahnersatz entsprechen der Gesamtvergütung die Festzuschüsse nach § 30, die von den Parteien der Gesamtverträge gemeinsam und einheitlich für die Leistungskomplexe nach § 87 Abs. 2 d gebildet werden; für die Vergütung der Leistungskomplexe ist ein einheitlicher Punktwert für alle Krankenkassen zu Grunde zu legen. Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sind nicht zulässig."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 30 Abs. 2 und 5 SGB V (Bonusregelung Festzuschüsse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Nach § 30 Abs. 2 vorletzter Satz soll die Bonusregelung nicht für Härtefälle nach § 61 Abs. 1 Nr. 2 gelten, weil die dort geregelte Doppelung der Festzuschüsse die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz in vollem Umfang abdecken.
2. Dem Heil- und Kostenplan sind zukünftig zwei Kostenangebote für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen beizufügen (§ 30 Abs. 5 Sätze 2 und 3 neu). In den Kostenangeboten sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen.
3. Ferner sollen aufwändige Versorgungen mit Zahnersatz von nach § 61 SGB V vollständig von Zuzahlungen befreiten Versicherten generell vor der Genehmigung begutachtet werden.

B. Stellungnahme

1. Die Bonusregelung muss im Interesse einer Gleichbehandlung der Versicherten auch in Härtefällen gelten (siehe Stellungnahme zu § 61 Abs. 1 Nr. 2). Der in § 30 Abs. 2 vorletzter Satz vorgesehene Ausschluss der prozentualen Erhöhung der Festzuschüsse in Härtefällen kann hier aus rechnerischen Gründen akzeptiert werden; die Leistungskürzung ist im § 61 Abs. 1 Nr. 2 zu normieren; ggf. sollte die Begründung zu § 30 Abs. 2 vorletzter Satz entsprechend modifiziert werden.
2. Die Neuregelung in § 30 Abs. 5 Satz 2 (neu) ist grundsätzlich zu begrüßen. In Verbindung mit dem (ebenfalls modifizierten) § 88 Abs. 2 Satz 3 (neu) könnte der Preiswettbewerb im Markt für zahntechnische Leistungen aktiver als bisher gefördert werden. Die zukünftig vorgesehenen Angaben zum Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um Abrechnungsmanipulationen (Globudent-Skandal) ebenfalls zu begrüßen. Allerdings sollte auch in den Abrechnungen der Zahnarztpraxis ein Hinweis auf den Herstellungsort des Zahnersatzes erfolgen.
3. Nach der bisherigen Regelung des § 30 Abs. 5 Satz 8 SGB V sollen aufwändige Zahnersatzversorgungen begutachtet werden. Diese "Sollregelung" bedeutet, dass grundsätzlich Begutachtungen zu erfolgen haben und kassenseits nur aus besonderen Gründen auf eine Begutachtung verzichtet werden kann bzw. wird.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Demgegenüber sieht die geplante Ergänzung vor, dass bei vollständig von Zahlungen befreiten Versicherten zwingend (Mussregelung) eine Begutachtung aufwändiger Zahnersatzversorgungen durchzuführen ist. Sie kann akzeptiert werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 31 SGB V (Zuzahlungserhöhung für Arznei- und Verbandmittel, Bestätigung Richtlinienkompetenz Bundesausschuss Ärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Erhöhung der gesetzlichen Zuzahlung für kleine, mittlere und große Packungen (N1, N2, N3) von 4 €, 4,50 € und 5 € auf künftig 4, 6, 8 €. Darüber hinaus wird die Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses, zusätzlich zur Negativlistenregelung des § 34 SGB V weitere Verordnungseinschränkungen vornehmen zu können, bestätigt. Versicherte, die nach § 61 Abs. 2 bis 5 unzumutbar belastet würden, sollen künftig eine fixe Zuzahlung in Höhe von 1 € leisten.

B. Stellungnahme

Die Klarstellung bzgl. der Bedeutung des Bundesausschusses ist zu begrüßen, da hier in der Vergangenheit Ansatzpunkte für Sozialgerichte bestanden, eine Kompetenz des Bundesausschusses bzgl. des Ausschlusses von Arzneimitteln aus der Versorgung aufgrund der bestehenden Regelungen in § 34 SGB V (Ermächtigung an den Verordnungsgeber Ausschlüsse im Arzneimittelbereich zu verfügen) zu bestreiten.

Die deutliche Erhöhung der Zuzahlungsregelung insbesondere für mittlere und große Packungen wird dadurch relativiert, dass im Rahmen von Hausarztmodellen und einer dort vorgenommenen Einschreibung sich die Zuzahlungshöhe halbiert und somit niedriger liegt als die bisher anfallenden Zuzahlungen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Härtefallregelung für Arzneimittel künftig nicht mehr gilt, sondern statt dessen eine fixe Zuzahlung von 1 € resultiert (s. § 61 SGB V). Weitere Abdingungen sind möglich durch gesundheitsbewusstes Individualverhalten im Sinne von Bonusregelungen (§ 62a SGB V).

Die Neuregelung bei den Zuzahlungen erfüllt sicherlich eine steuernde Funktion hinsichtlich des Ziels, möglichst viele Patienten in die Hausarztmodelle einzubinden, stellt jedoch eine geringe Steuerungsfunktion im Hinblick auf eine preisbewusste Inanspruchnahme hinsichtlich des tatsächlichen Arzneimittelpreises dar.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 32 Abs. 1 SGB V (Heilmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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 4 SGB V geschlossen hat. Nimmt der Versicherte ggf. einen anderen Leistungserbringer in Anspruch, übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten in Höhe des niedrigsten Vertragspreises.

B. Stellungnahme

Im Hinblick auf künftig mögliche Einzelverträge ist diese Regelung sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 33 SGB V (Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen wird begrenzt auf Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Versicherte wenn sie auf beiden Augen mindestens eine Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 der internationalen Klassifikation der Krankheiten gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 aufweisen. Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für diese anspruchsberechtigten Versicherten nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen.
2. Bietet die Krankenkasse an, Hilfsmittel wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen, mit denen sie einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 Satz 1 oder 2 geschlossen hat und wählen Versicherte statt dessen einen anderen zugelassenen Leistungserbringer, trägt die Krankenkasse die Kosten (nur noch) in Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkasse mit diesen Leistungserbringern vereinbart hat.

B. Stellungnahme

1. Diese Regelung wird begrüßt. Auf der Grundlage des geltenden Rechts beträgt der Sachleistungsanteil der Krankenkassen bei der Versorgung mit Sehhilfen gegenwärtig im Durchschnitt nur einen Bruchteil der Kosten. Die Versicherten sind bereit, die (höheren) Mehrkosten für medizinisch nicht notwendige und vielfach gewünschte Leistungen aufzubringen. Durch die Leistungsausgrenzung werden erwachsene Versicherte grundsätzlich finanziell nicht überfordert. Der Begriff medizinisch zwingend erforderlicher Ausnahmefall in Abs. 3 Satz 1, der zu einem Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen führt, bedarf jedoch einer entsprechenden Definition.
2. Im Hinblick auf künftig mögliche Einzelverträge ist diese Regelung sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 33 (oder § 34 Abs. 4, siehe dort) um eine konkrete Ermächtigungsklausel für den Bundesausschuss, in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V die Definition "zwingend erforderliche Ausnahmefälle" zu bestimmen (ähnlich § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V).

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 34 SGB V (Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der Versorgung ausgeschlossen. Ausnahmeregelungen gibt es für Kinder bis 12 Jahre bzw. 17 Jahre (bei Behinderung und Entwicklungsstörungen), homöopathische und anthroposophische Arzneimittel, sowie mit Begründung des Vertragsarztes, falls das Präparat auf der zu erstellenden Präparatliste des Bundesausschusses aufgeführt ist. Für verschreibungspflichtige Bagatell-Arzneimittel sinkt die Erstattungsfähigkeit von 18 auf 12 Jahre. Darüber hinaus erfolgt eine Klarstellung, dass der Bundesausschuss berechtigt ist, den Leistungsumfang zusätzlich durch entsprechende Richtlinien zu regeln (s. auch § 31 SGB V).

B. Stellungnahme

Die Klarstellung hinsichtlich der Funktion und Aufgaben des Bundesausschusses sind zu begrüßen. Der quasi komplette Ausschluss aller nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel führt zur potentiellen Gefahr, dass statt dessen verschreibungspflichtige Arzneimittel zum Einsatz kommen, die dann in der Regel zu einem höheren Preis die gleiche Funktion erfüllen sollen (z.B. Ersetzung von Paracetamol bzw. ASS-Monopräparaten durch entsprechende Kombinationen mit Codein). Konsequenterweise wird hierzu parallel in Artikel 16 des GMG eine Freistellung der nichtverschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel von der Arzneimittelpreisverordnung verfügt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 34 Abs. 4 SGB V (Ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll der Bundesausschuss ermächtigt sein, Regelungen zur wirtschaftlichen Versorgung von Heil- und Hilfsmitteln zu treffen.

B. Stellungnahme

Es erscheint fraglich, ob die gewählte Forderung wegen der erforderlichen Bestimmtheit der Ermächtigung ausreichend ist.

C. Änderungsvorschlag

Siehe zu § 33 SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 35 Abs. 1 a SGB V (Festbeträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit der Bildung von Festbetragsgruppen der Stufe 2 wird erneut eröffnet, dabei geht die ins Auge gefasste Regelung über die im 12. SGB V-Änderungsgesetz vorgesehene Wiederherstellung des Standes vor 1996 hinaus.

B. Stellungnahme

Unter Zugrundelegung des Begründungstextes wird gegenüber der ursprünglichen Regelung, die bis zum 31.12.1995 galt, nunmehr sogar die Möglichkeit eröffnet, Festbetragsgruppen dann zu bilden, wenn neben dem ersten patentgeschützten Wirkstoff ein zweiter ebenfalls patentgeschützter Wirkstoff der gleichen Substanzklasse in den Markt kommt. In der Vergangenheit war dies erst möglich, wenn das erste in den Markt gekommene Produkt patentfrei geworden war. Damit ist eine schnellere Bildung von Festbetragsgruppen auch für neu in den Markt gelangende Substanzklassen möglich.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 35b SGB V (Empfehlungen zu Arzneimitteln)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das neu zu schaffende Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin nimmt künftig Bewertungen zur Kosten-Nutzen-Relation von Arzneimitteln vor, die als Grundlage für die Entscheidung des Bundesausschusses zur wirtschaftlichen Verordnung dienen sollen.

B. Stellungnahme

Gegenüber dem ersten Arbeitsentwurf wurde zwischenzeitlich die GKV mit Sitz und Stimme in dieser neu zu schaffenden Institution beteiligt. Unklar bleibt jedoch nach wie vor, welche der umfangreichen Aufgaben des Zentrums wann und in welcher Reihenfolge abgearbeitet werden. Dies ist besonders kritisch, da die Beschlüsse dieses Gremiums maßgeblich Auswirkungen haben z.B. hinsichtlich der Festbetragsgruppenbildung oder der Möglichkeit zur Führung von Rabattverhandlungen mit Pharmafirmen bei einer A- bzw. B-Klassifizierung von Arzneimitteln.

C. Änderungsvorschlag

Nach der Feststellung der Verfassungsmäßigkeit der Festsetzung von Festbeträgen durch die gemeinsame Selbstverwaltung und dem expliziten Nachweis, dass hier in der Vergangenheit eine relativ schnelle und der gerichtlichen Überprüfung standhaltende Verfahren etabliert sind, die auch kurzfristig reaktiviert werden können, sollten die hier getroffenen Regelungen besser durch den Bundesausschuss (Festbetragsgruppen, Kosten-Nutzen-Bewertung) bzw. die Spitzenverbände (Festbetragshöhe) umgesetzt werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 35b Abs. 8 SGB V (Empfehlungen zu Arzneimitteln)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für vom Zentrum A- bzw. B-klassifizierte Arzneimittel sollen Krankenkassen oder ihre Verbände Rabattvereinbarungen mit Herstellern treffen.

B. Stellungnahme

Erste Erfahrungen mit der Anwendung entsprechender Regelungen aus dem § 130a Abs. 8 SGB V i.d.F. des Beitragssatzsicherungsgesetzes lassen hier kaum Kosten senkende Effekte erwarten. Grundsätzlich ist jedoch die Möglichkeit, eigenständige zusätzliche Verhandlungen mit dem Ziel einer Kostensenkung führen zu können, zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

Zielführender wäre eine Änderung bei den Zuzahlungsregelungen, wenn nicht mehr wie bisher, ein Fixbetrag abhängig von der Packungsgröße, sondern z.B. abhängig vom Abgabepreis eine prozentuale Selbstbeteiligung eingeführt würde. Dies ggf. noch ergänzt durch eine Zuzahlungsbefreiung, für den Fall, dass (ein) kostengünstige(s) Arzneimittel innerhalb einer Festbetragsgruppe oder Aut-idem-Gruppe gewählt wird. (s. auch § 31 SGB V).

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 35b Abs. 9 SGB V (Empfehlungen zu Off-Label-Use)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Bewertung des Einsatzes von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikationen werden bei der Zulassungsbehörde Expertengruppen eingerichtet.

B. Stellungnahme

Entspricht den Forderungen der GKV. Entscheidend ist dabei, dass die Empfehlungen nur dann ausgesprochen werden, wenn zuvor der pharmazeutische Hersteller zugestimmt hat und somit auch in der Haftung ist.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 36 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Es wird klargestellt, dass den anhörsberechtigten Verbänden eine angemessene Frist zur Stellungnahme einzuräumen ist.

Absatz 2:

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 3:

Weiterhin wird auch für die Festbeträge für Hilfsmittel eine jährliche Überprüfungsverpflichtung für die Spitzenverbände der Krankenkassen festgeschrieben.

B. Stellungnahme

Absatz 1:

Die Aufnahme einer klarstellenden Formulierung bezüglich einer angemessenen Frist für Stellungnahmen vollzieht die bereits geübte Praxis nach.

Absatz 2:

Im Sinne der Verbesserung der Transparenz und einer bundeseinheitlichen Vergütung für gleiche Leistungen ist die vorgeschlagene Regelung über die Festsetzung bundesweiter Festbeträge zu begrüßen. Die Festschreibung der bisherigen Festbeträge als Obergrenze der Leistungspflicht bis zur Festsetzung bundesweiter Festbeträge schafft eine eindeutige Regelung für die Übergangszeit.

Absatz 3:

Mit der Verpflichtung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur jährlichen Überprüfung der Festbeträge wird die Erfüllung des Sachleistungsprinzips vor dem Hintergrund des technischen Fortschritts und der sich daraus ergebenden kontinuierlichen Veränderung des Produktangebotes gesichert. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die jährliche Überprüfung der Festbeträge unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Preisstrukturen, insbesondere bei einer Ausdehnung der Festbeträge auf weitere Produktgruppen aufgrund der Produktvielfalt auf dem Hilfsmittelmarkt

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

zu erheblichen Verwaltungsaufwänden bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen führen wird.

Weiterhin erfordert die Möglichkeit der Stellungnahme durch Verbände der Leistungserbringer und behinderter Menschen eine abschließende Regelung hinsichtlich der zu berücksichtigenden Verbände. Aufgrund der Intransparenz über ggf. betroffene Verbände sollte zur Verfahrensvereinfachung geregelt werden, dass die Verbände über ein formales Antragsverfahren gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, als anhörungsberechtigt anerkannt zu werden.

C. Änderungsvorschlag

§ 36 Absatz 1 wird ergänzt um den Satz 4:

"Die Anhörungsberechtigung ist durch die betroffenen Verbände schriftlich bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu beantragen."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 37 Abs. 2 SGB V (Krankenpflege Wohnungsloser)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die im GMG-Rohentwurf geplante Ausweitung der Häuslichen Krankenpflege auf Wohnungslose ist ersatzlos weggefallen. Dennoch wird an der Zielsetzung festgehalten. Erreicht werden soll dies nunmehr durch eine Ergänzung des § 37 Abs. 2 SGB V. Allerdings ist jetzt nicht mehr von "Wohnungslosen" die Rede, sondern allgemein von "Versicherten". Klar gestellt wird, dass Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Versicherte, die sich in stationären Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser aufhalten, keine Pflegeeinrichtungen sind, diese die Leistungen nicht erhalten, wenn sie dort auf Dauer untergebracht sind.

B. Stellungnahme

Im Rahmen der ärztlichen Behandlung ist eine umfassende medizinische/pflegerische Versorgung der von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen möglich. Insbesondere durch eine stärkere "zugehende" ärztliche Versorgung lässt sich die erforderliche Versorgung sicherstellen und nicht notwendige Krankenhausbehandlung vermeiden. Deshalb bedarf es der beabsichtigten Neuregelung für den Kreis der "Wohnungslosen" nicht.

Darüber hinaus existieren weitgehend Regelungen auf regionaler Ebene unter Beteiligung der Kommunen/Sozialhilfeträger, sofern wohnungslose Menschen das Regelversorgungssystem nicht in Anspruch nehmen. Insofern ist auch diese (flankierende) Versorgung sichergestellt mit der Konsequenz, dass die beabsichtigte Neuregelung ausschließlich zu einer Kostenverlagerung auf die gesetzliche Krankenversicherung führt.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass durch den jetzt verwandten Terminus "Versicherte" eine weiter gehende Ausdehnung nicht ausgeschlossen werden kann bzw. dies zu neuen Abgrenzungs-/Schnittstellenproblemen führt (Ausweitung des bisherigen Begriffs "Haushalt/Familie" auf andere Bereiche). Nach § 37 SGB V erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie Häusliche Krankenpflege. Dieser Grundsatz wurde durch das BSG mit Urteil vom 21.11.2002 - Az.: B 3 KR 13/02 R - sehr extensiv ausgelegt. Der entscheidende Senat stellte fest, dass Versicherten Häusliche Krankenpflege künftig ggf. auch außerhalb des Haushalts (z. B. in Kinder-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

gärten, Schulen usw. aber auch im Urlaub bei Unterbringung in einer entsprechenden Einrichtung) zu gewähren ist. Dieser Intention der Rechtsprechung folgt auch die Wortwahl "Versicherte".

C. Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist - auch wenn sie nach der Begründung nur auf "Wohnungslose" abzielt - zu streichen.

Es ist vielmehr eine gesetzliche Klarstellung in § 37 erforderlich, die die Leistungsgewährung auf den Haushalt des Versicherten bzw. den Haushalt der Familie begrenzt.

Im Übrigen geht der Hinweis auf Satz 4 (in der Ergänzung des Absatzes 2) insoweit fehl, als es sich hierbei um eine Ausschlussregelung handelt. Dies dürfte aber eher ein redaktionelles Versehen sein.

Wollte man gleichwohl an der Zielsetzung "Wohnungsloser" festhalten, wäre es denkbar, diesen ggf. die Leistungen im Wege der Auftragsleistung im Rahmen der vorgesehenen Neuregelung des § 264 SGB V zur Verfügung zu stellen, da "Wohnungslose" i. d. R. auch zugleich Sozialhilfeempfänger sind.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 38 SGB V (Haushaltshilfe)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Bund beteiligt sich an der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Hierzu gehört auch die Haushaltshilfe (vgl. Stellungnahme zu § 221 SGB V).

B. Stellungnahme

Zu berücksichtigen ist, dass sich die Haushaltshilfe in eine Gesetzesleistung (nach Abs. 1 bei stationären Behandlungen) sowie eine Satzungsleistung (nach Abs. 2 bei ambulanten Behandlungen) aufteilt. Dementsprechend sehen unterschiedlichste Satzungsbestimmungen der Kassen auch die Erbringung der Haushaltshilfe bei ambulanten Behandlungen vor.

C. Änderungsvorschlag

Mit Blick auf § 221 SGB V bedarf es entweder einer Streichung des Absatzes 2 des § 38 SGB V oder einer Umwandlung der Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung in eine Gesetzesleistung, wobei deren Voraussetzungen und Umfang noch in § 38 SGB V bestimmt werden müssten.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Zuzahlungen bei stationärer Behandlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die vom Versicherten an das Krankenhaus zu leistende Zuzahlung für längstens 14 Tage erhöht sich auf 12 € je Kalendertag.

B. Stellungnahme

Die erhöhte Zuzahlung bei Aufenthalt im Krankenhaus belastet einseitig erkrankte Versicherte.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 43b SGB V (Anrechnung der Praxisgebühr)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Fachärzte und Psychotherapeuten werden verpflichtet, die eingenommenen Praxisgebühren auf ihren Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse (Einzelvertragssystem) bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung (Kollektivvertragssystem) anzurechnen. Der Vergütungsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist als Folgeregelung zur Einführung einer Praxisgebühr zwingend notwendig.

Die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Regelung ist allerdings ein redaktionelles Versehen, da diese von der Einnahme von Praxisgebühren in § 28 Abs. 4 SGB V gerade ausgenommen werden.

Es ist zweifelhaft, ob die Aussage zur Verringerung der Gesamtvergütungen an dieser Stelle ausreichend ist. Es ist eine Präzisierung in § 85 erforderlich.

Nach aktuellem Recht besteht zwar die Verpflichtung der Leistungserbringer, die Zuzahlungen der Versicherten für Arznei-, Verband- und Heilmittel, zur Krankenhausbehandlung sowie zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen und "Mütterkuren" einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen zu verrechnen. Diese Verpflichtung wird jedoch dadurch durchbrochen, dass die Krankenkasse die Zuzahlungen einzuziehen hat, wenn Versicherte trotz einer gesonderten schriftlichen Aufforderung durch den Leistungserbringer keine Zahlung leisten (§ 43b Satz 2 SGB V). Diese "Öffnungsklausel" hat in der Praxis dazu geführt, dass beispielsweise die Zuzahlungen zum stationären Krankenhausaufenthalt in einer erheblichen Zahl von Fällen verwaltungsaufwändig von den Krankenkassen eingezogen werden müssen, da Leistungserbringer ihre originäre Verpflichtung nicht nachhaltig verfolgen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

1. In § 85 Abs. 1 werden folgende Sätze 3 und 4 ergänzt:

"Die Zahlungen der Krankenkasse sind um die gemäß § 28 Abs. 4 eingenommenen Praxisgebühren zu mindern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen Nachweise über die eingenommenen Praxisgebühren."

2. § 43b Satz 2 entfällt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, §§ 58 und 59 SGB V (Sterbegeld)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Sterbegeld wird aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen.

B. Stellungnahme

Die Streichung des Sterbegeldes geht zu Lasten der Versicherten.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 60 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB V (Fahrkosten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird gesetzlich klargestellt, dass Fahrkosten im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse nur dann übernommen werden, wenn diese aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist. Im Rahmen einer stationären Behandlung zwingend medizinisch erforderliche Verlegungsfahrten sollen von den Krankenkassen übernommen werden.

B. Stellungnahme

Angesichts der exorbitanten Steigerungen im Bereich Fahrkosten begrüßen die Ersatzkassen die Klarstellung im § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Die Neuregelung des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird abgelehnt. Aus vertragsrechtlicher Sicht ist anzumerken, dass aufgrund der schlechten Finanzsituation ein verstärkter Rückzug der Bundesländer und Kommunen aus der Finanzierung der Versorgungsstrukturen für Krankentransportleistungen und damit eine Kostenverschiebung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen festzustellen ist. Über die Landesrettungsdienstgesetze bestimmen jedoch ausschließlich die Bundesländer, wie und in welchem Umfang die Krankenkassen als Finanzier der Rettungsdienstleistungen an der Bedarf- und Strukturplanung verbindlich zu beteiligen sind.

C. Änderungsvorschlag

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

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 Festbeschreibung der Verhandlungslösung in § 133 SGB V ist eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen an der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

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

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln sollen künftig von der vollständigen Befreiung nach § 61 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ausgenommen werden. Ferner erfolgt im Zuge der geplanten Neuregelung des § 30 SGB V und der damit verbundenen Rückkehr zum Festzuschuss-Prinzip eine (redaktionelle) Anpassung der Regelung für den im Rahmen der Härtefallklausel zu erbringenden zusätzlichen Kassenzuschuss für Zahnersatz (Abs. 1 Nr. 2).

B. Stellungnahme

Die Neuregelung der Härtefallklausel für Arznei- und Verbandmittel kann insbesondere angesichts der (geplanten neuen) Chroniker-Regelung befürwortet (vgl. § 31 Abs. 3 letzter Satz) werden. Die doppelte Zahlung von Festzuschüssen in Härtefällen ist jedoch aus Gleichbehandlungsgründen in den Fällen bedenklich, in denen die Versicherten ihrer Verpflichtung zur Gesunderhaltung der Zähne (§ 30 Abs. 2) nicht nachgekommen sind. Wie von den Spitzenverbänden gefordert, ist der zusätzliche Zuschuss der Krankenkasse in solchen Fällen analog der Bonusregelung in § 30 Abs. 2 zu vermindern.

C. Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 61 Abs. 1 Nr. 2 vor "und" um ", wobei sich der Anteil der Krankenkasse entsprechend § 30 Abs. 2 vermindert, wenn der Versicherte keine eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne nachweisen kann,".

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 62 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 a SGB V (Überforderungsklausel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung des Absatzes 1 Satz 2 werden chronisch Kranke zukünftig nicht mehr vollständig von den Zuzahlungen befreit. Ihnen wird - bezogen auf die jährlichen Einnahmen - eine 1%-ige Zuzahlungsbelastung zugemutet.

Die Änderung des Absatzes 2 a (zusätzlicher Zuschuss zum Zahnersatz) ist eine (redaktionelle) Anpassung im Zuge der geplanten Rückkehr zum Festzuschuss-Prinzip.

B. Stellungnahme

Die Neufassung der Chroniker-Regelung entspricht dem Anliegen der Ersatzkassen. Gegen die redaktionelle auf das Festzuschuss-Prinzip bezogene Neuregelung bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 62a SGB V (Bonus für Versicherte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Falle einer Teilnahme am Hausarztmodell, an der DMP-Versorgung oder an einem Integrationsversorgungsprojekt reduziert sich die gesetzliche Zuzahlung nach § 31 SGB V auf die Hälfte (nur noch 2, 3 bzw. 4 € je Packung). Diese Regelung gilt auch, wenn eine der o.g. Behandlungsformen nicht zur Verfügung steht oder diese sich in nicht zumutbarer Entfernung für Versicherte befindet.

B. Stellungnahme

Ziel ist es, über einen finanziellen Anreiz Versicherte an spezielle Versorgungsmodelle, die in der Regel eine gewisse Einschränkung der freien Arztwahl beinhalten, stärker zu binden. Jede Form von Handlungsspielräumen in der Vertragsgestaltung wird grundsätzlich begrüßt; dies allerdings nur als zusätzliche Option und nicht obligatorisch. Da besondere Versorgungsmodelle sich gerade durch ihre Individualität und Patientenorientierung auszeichnen sollen, muss im Einzelfall die Entscheidung für oder gegen einen Bonus gefällt werden können (wenn ein Bonus z.B. von Versicherten i.S.v. "Billig-Medizin" wahrgenommen würde).

Es besteht zudem die Gefahr, dass aufgrund der bestehenden Ausnahmeregelungen i.V. mit der nur schwer überprüfbarer Situation, ob ein Patient z.B. trotz Einschreibung in ein Hausarztmodell ohne Überweisung einen Facharzt aufsucht, letztendlich diese Regelung ad absurdum geführt wird.

Die Regelung in Abs. 2 ist kontraproduktiv, da es zum einen bereits Härtefallregelungen gibt und zum anderen keinerlei Druck über Versicherte auf Ärzte zur Teilnahme an neuen Versorgungsformen aufgebaut werden kann.

Unklar ist, woraus der Bonus finanziert werden soll. Eine Refinanzierung aus Einsparungen des Versorgungsmodells ist erst nach mehreren Jahren Laufzeit denkbar. Bis dahin geht die Finanzierung zu Lasten derjenigen, die nicht an solchen Modellen teilnehmen können/wollen.

C. Änderungsvorschlag

Die Regelung ist in eine "Kann-Regelung" umzuändern; Streichung von Absatz 2.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel, 1 § 65a SGB V (Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können in ihrer Satzung Regelungen treffen, nach denen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung/Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben (z.B. Befreiung von Zuzahlungen).

Bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können die Kassen Regelungen in ihrer Satzung treffen, die einen Bonus für Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte vorsehen.

B. Stellungnahme

Über finanzielle Anreize sollen:

- Versicherte zur Teilnahme an Früherkennung und Prävention angeregt und
- die Beteiligung von Arbeitgebern an der betrieblichen Gesundheitsförderung gefördert werden.

Problematisch, da die Krankenkassen (bzw. die nicht teilnehmenden Versicherten) den Bonus zunächst zusätzlich finanzieren müssen. "Gesundheitserziehung/Aufklärung" ist auch Sache des Staates und kann nicht allein von den Krankenkassen, die ja bereits das Leistungsangebot finanzieren, getragen werden. Die Teilnahme an diesen Angeboten liegt zudem im Verantwortungsbereich des Einzelnen.

Die Schaffung der Möglichkeit für Krankenkassen, Bonuszahlungen zu leisten, sollte grundsätzlich beibehalten werden. Abs. 1 Satz 2 schränkt dagegen die Gestaltungsmöglichkeiten ein.

C. Änderungsvorschlag

Streichung des Absatzes 1 Satz 2.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 67 SGB V (Hausarztssystem)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte können sich in Hausarztssysteme für mindestens ein Jahr einschreiben. Sie verpflichten sich damit, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung, mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte, nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte kann den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Die Krankenkasse regelt in ihrer Satzung das Nähere über die Durchführung des Hausarztssystems.

B. Stellungnahme

Laut Gesetzesbegründung ist die Krankenkasse verpflichtet, ein Hausarztssystem anzubieten. Diese Verpflichtung wird als zu weitgehend abgelehnt. Als Optionsregelung allerdings wird der Vorschlag zur Schaffung von Hausarztssystemen begrüßt (korrespondiert mit § 62a SGB V Bonus für Versicherte, die an einem Hausarztssystem teilnehmen), da Krankenkassen ein Instrument zur Steuerung der Versicherten erhalten.

Weiterhin ist die Formulierung "vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung" in diesem Zusammenhang irreführend, da die bisherige ambulante fachärztliche Versorgung nunmehr gemäß § 106b (neu) in der Regel über ein Einzelvertragssystem erfolgen soll, für dessen Sicherstellung die Krankenkassen zuständig sind.

C. Änderungsvorschlag

1. In § 67 Abs. 1 S. 1 SGB V wird der Begriff "vertragsärztliche" durch "ambulante fachärztliche" ersetzt.
2. § 67 Abs. 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

"Voraussetzung für die Durchführung des Hausarztssystems gem. Abs. 1 ist eine entsprechende Regelung in der Satzung der Krankenkasse, in der das Nähere über die Durchführung bestimmt ist."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 68 SGB V (Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen soll es ermöglicht werden, ihren Versicherten für von Dritten angebotene Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung zu gewähren. Das Nähere ist in der Satzung zu regeln.

B. Stellungnahme

Die Ersatzkassen begrüßen die Stärkung der Transparenz im Gesundheitswesen. Im Rahmen des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen (ATG) haben die Spitzenverbände neben dem elektronischen Rezept als weiteres prioritäres Handlungsfeld die elektronische Patientenakte identifiziert. Bisher liegen hierzu aber weder ein klares Konzept noch validierte Ergebnisse vor. Erst wenn diese vorliegen, kann eine konkrete Bewertung vorgenommen werden. Solange diese für eine Bewertung elementaren Informationen fehlen und dennoch eine gesetzliche Regelung getroffen würde, ist zu befürchten, dass es allein darum geht, einen Finanzier für nicht klar abgrenzbare Aufgaben zu finden.

Voraussetzung für eine funktionsfähige Gesundheitsakte ist die (einheitliche) Definition einer Vielzahl elektronischer Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern wie Krankenhaus, ambulant behandelnde Haus- und Fachärzte, um übergreifende Informationen für die Versicherten bereitstellen zu können - ein Ziel, das auch die Ersatzkassen unterstützen. Dazu sind Vereinbarungen über einheitliche Datendefinitionen bzw. Formate erforderlich, die bisher fehlen. Durch einseitige Satzungsregelungen lassen sich solche Regelungen nicht treffen - wie es die Begründung zum Gesetzentwurf suggeriert, wenn davon die Rede ist, dass die Krankenkassen durch die Satzung Qualitätsanforderungen präzisieren und von der Einhaltung dieser Anforderungen auch die Finanzierung abhängig machen können. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird kein Regelungsbedarf gesehen.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 71 Abs. 4 SGB V (Beitragssatzstabilität)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 72 Abs. 1 SGB V (Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesundheitszentren nach § 95 Abs. 1 (s.d.) werden neben den niedergelassenen Ärzten zur ambulanten Versorgung der Versicherten zugelassen. Die Vorschriften für die vertragsärztliche Versorgung gilt damit auch für die Gesundheitszentren und die dort tätigen Ärzte.

B. Stellungnahme

s.u. Gesundheitszentren.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 73 Abs. 1 SGB V (Besondere Therapierichtungen bei Hausärzten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird darauf hingewiesen, dass in der hausärztlichen Versorgung besondere Therapieformen (analog § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V) nicht ausgeschlossen sind.

B. Stellungnahme

Dieser deklaratorischen Gesetzesergänzung bedarf es nicht, da lediglich der Grundsatz aus § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V wiederholt wird. Eine inhaltliche Änderung durch diese Ergänzung ergibt sich nicht.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 73 Abs. 1 a SGB V (Vertragsärztliche Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

"Frauenärzte, Augenärzte und die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil, wenn sie keinen Versorgungsvertrag nach § 106b Abs. 1 schließen."

Die Sicherstellungsverpflichtung in der ambulanten Versorgung wird demnach neu geregelt:

- Hausärztliche Versorgung (§ 73 Abs. 1), augenärztliche und frauenärztliche Leistung sowie zahnärztliche Versorgung sollen im kollektivvertraglich organisierten Bereich der KV bleiben.
- Die übrigen, bereits zugelassenen Fachärzte bleiben übergangsweise zunächst auch im Kollektivvertragssystem, können aber zukünftig alternativ die Teilnahme an einem Einzelvertragssystem (Verträge nach § 106b SGB V, s.d.) wählen.
- Keine Neuzulassungen im Bereich der fachärztlichen Versorgung. Neuzugänge nur über Einzelverträge nach § 106a mit den Krankenkassen. Daraus folgt, dass die Sicherstellung für die fachärztliche Versorgung de facto auf die Kassen übergeht.

B. Stellungnahme

Die teilweise Verlagerung des Sicherstellungsauftrags (KVen Primärversorgung, Kassen fachärztliche Versorgung) wird begrüßt, insofern als

- die KVen sich auf das Kerngeschäft der primärärztlichen Versorgung konzentrieren
- die hausärztliche Tätigkeit innerhalb der KV an Bedeutung gewinnt,
- Kapazitäten im fachärztlichen Bereich über Einzelverträge bedarfsgerechter genutzt und organisiert werden können,
- ein Qualitätswettbewerb im fachärztlichen Bereich entsteht.

Zwingende Voraussetzung für die Schaffung eines Einzelvertragssystems im fachärztlichen Bereich ist allerdings, dass sich die Verlagerung von Honorarvolumina aus dem KV-System dort budgetverringern niederschlägt. Ohne eine derartige Budgetbereinigung bzw. -anrechnung führt das Einzelvertragssystem zu Mehrbelastungen der Krankenkassen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Außerdem kann ein Einzelvertragssystem nur erfolgreich sein, wenn sichergestellt ist, dass Krankenkassen einen echten Vertragswettbewerb betreiben können. Dies muss zwingend einschließen, dass Krankenkassen zu einem Vertragsabschluss mit Leistungserbringern nicht verpflichtet sind, sondern diesen unter Hinweis auf in ausreichendem Umfang vorhandene Kapazitäten verweigern können und das Sachleistungsprinzip nicht durch Kostenerstattungsregelungen ausgehöhlt wird.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 73 Abs. 1 b SGB V (Übermittlung von Berichten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und in den Einzelverträgen mit Ärzten, Gesundheitszentren und sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen sind Regelungen zu treffen, nach denen nicht hausärztlich tätige Ärzte, Gesundheitszentren und die sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen ihre Leistungen nur abrechnen können, wenn:

1. sie ihrer Verpflichtung nachkommen, ihre Berichte an die Hausärzte zu übermitteln (Ausnahme: Kein Einverständnis des Patienten, was zu dokumentieren ist.)
2. ihnen von den Versicherten, die am Hausarztssystem (§ 67 SGB V) teilnehmen, eine Überweisung des Hausarztes vorliegt; dies gilt nicht für Augenärzte und Frauenärzte.

B. Stellungnahme

Die Regelung zur Übermittlung der Berichte weiter- oder mitbehandelnder Ärzte an die Hausärzte erhält durch die Kopplung an die Vergütung eine höhere Durchsetzungskraft und wird daher begrüßt. Zu lösen ist, wie dies kontrolliert werden kann, ohne einen enormen verwaltungstechnischen Aufwand zu produzieren.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 73 Abs. 1 c SGB V (Vereinbarung von Qualitätsstandards für Hausärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV werden verpflichtet, den Hausarztvertrag um qualitative Mindeststandards für Hausärzte zu ergänzen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 73 Abs. 8 SGB V (Arzneimittel-Info für Ärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gegenüber der bisherigen Regelung erfolgt eine Konkretisierung hinsichtlich der Informationsinhalte.

B. Stellungnahme

Einer der Hauptstreitpunkte bereits durchgeführter Infokampagnen und somit Anlass für zahlreiche Klagen seitens pharmazeutischer Hersteller waren die Preisvergleiche auf Basis von DDD (Defined Daily Dosis). Diese sollen künftig ausdrücklich erlaubt sein.

Die Grundidee ist sehr gut. Dies jedoch von dem zu großen Teilen von Drittmitteln der Pharmaindustrie finanzierten DIMDI machen zu lassen, ist kontraproduktiv.

C. Änderungsvorschlag

Selbstverwaltungsregelung über Bundesausschuss im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinien.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 75 Abs. 1 SGB V (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden nach dem Wort "Versorgung" die Worte ", soweit sie nicht durch Verträge nach § 106b sicherzustellen ist," eingefügt.

B. Stellungnahme

Gemäß § 106 b (s.d.) schließen die Krankenkassen zur Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung Einzelverträge mit Ärzten, Psychotherapeuten und Gesundheitszentren (§ 95 s.d.). Insofern stellt die Beschränkung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen eine logische Konsequenz dar.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 76 SGB V (Erweiterung der freien Arztwahl)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die freie Arztwahl wird ausgeweitet auf die Gesundheitszentren nach § 95 Abs. 1 (s.d.).

B. Stellungnahme

s.u. Gesundheitszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V)

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 77 Abs. 1 und 2 SGB V (Verringerung der Zahl Kassenärztlicher Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mehrere Kassenärztliche Vereinigungen in einem Bundesland sollen nur fortbestehen dürfen, wenn mehr als 12.000 Ärzte bzw. 6.000 Zahnärzte zugelassen sind. Die Organisationsänderungen sind durch die zuständigen Landesbehörden umzusetzen. Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen ist von der Neuregelung zunächst nur Rheinland-Pfalz betroffen. Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ist von der Neuregelung auch Baden-Württemberg erfasst.

Für die Honorarverteilungsregelungen der bisherigen Kassenärztlichen Vereinigungen gilt eine Übergangsfrist bis Ende 2007.

B. Stellungnahme

Organisationsentscheidungen sollten den betroffenen Organisationen überlassen werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 1, § 77 Abs. 3 SGB V (Mitgliedschaft von Ärzten aus Gesundheitszentren
in Kassenärztlichen Vereinigungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Angestellte Ärzte in Gesundheitszentren nach § 95 Abs. 1 (s.d.) werden Pflichtmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit sie im Sicherstellungsauftrag tätig sind.

B. Stellungnahme

s.u. Gesundheitszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V)

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 77 Abs. 6 SGB V (Neuregelung der Verwaltungsstrukturen Kassenärztlicher Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertretungsregelung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch Vorstände wird aufgehoben.

B. Stellungnahme

Folgeänderung zur Neuregelung der Verwaltungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen in § 79 SGB V (s.d.).

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 79 SGB V (Neuorganisation der Kassenärztlichen Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen sind zukünftig ein hauptamtlicher Vorstand sowie eine Vertreterversammlung mit gegenüber dem heutigen Stand deutlich reduzierten Rechten.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung erfolgt in Analogie zu den bereits erfolgten Regelungen zur Neuorganisation im Bereich der Krankenkassen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 79a SGB V (Umbenennung von Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Bezeichnungen der Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen werden an die neue Nomenklatur aus § 79 SGB V angepasst.

B. Stellungnahme

Folgeänderung zur Neuregelung der Verwaltungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen in § 79 SGB V (s.d.).

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 79b SGB V (Zuständigkeit des Beratenden Fachausschuss Psychotherapie)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 80 SGB V (Ausweitung der Mitwirkungsrechte einzelner Gruppen in den Kassenärztlichen Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Anpassungen an die neuen Organisationsstrukturen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen soll die vorgeschlagene Neuregelung zu einer verbesserten Mitwirkung der Hausärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen führen. Zu den Maßnahmen gehört auch die Einführung des Verhältniswahlrechts.

B. Stellungnahme

Da derzeit die Mitwirkung kleinerer Gruppen in den Kassenärztlichen Vereinigungen häufig nicht reibungslos funktioniert, sind die Neuregelungen insgesamt zu begrüßen. Sie sollten allerdings ergänzt werden um die im Rohentwurf noch vorgesehene Ausdehnung der Mitwirkungsrechte der Psychotherapeuten. Außerdem sollte ein offenbar redaktionelles Versehen in (jetzt) Satz 6 des § 80 Abs. 1 SGB V geheilt werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 81 SGB V (Vorgaben für Satzungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben für Satzungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden präzisiert und an die neue Nomenklatur aus § 79 angepasst.

B. Stellungnahme

Folgeänderung zur Neuregelung der Verwaltungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen in § 79 SGB V (s.d.).

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 81a SGB V (Korruptionsbekämpfungsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nunmehr gesetzlich gehalten, organisatorische Einheiten zu schaffen, die Korruptionsfällen nachgehen.

B. Stellungnahme

Durch die Einrichtung von organisatorischen Einheiten wird die Bekämpfung von Korruption zur ausdrücklichen gesetzlichen Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es ist zu begrüßen, dass die Verpflichtung zur unverzüglichen Unterrichtung der Staatsanwaltschaft bei einem Anfangsverdacht ebenfalls zur Klarstellung aufgenommen wurde. Die gewählte Formulierung bietet jedoch einen unverhältnismäßig großen Auslegungsspielraum und wird die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zu einer konsequenten Anzeige gegenüber den Ermittlungsbehörden anhalten.

Die gesetzliche Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, geht aber nicht weit genug. Neben der Bekämpfung von Korruption sollte seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen auch der Abrechnungsbetrug verfolgt werden.

Es ist zu befürchten, dass die Funktionalität und Effizienz der Einrichtungen infolge fehlender Objektivität und regulierender Instanzen nicht besonders groß sein wird. Eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen ist nicht gegeben.

Durch die jährliche Berichtspflicht wird Druck zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe geschaffen. Sinnbringend ist dies aber nur, wenn im Falle der Nichtbeachtung Konsequenzen drohen.

C. Änderungsvorschlag

Der ursprüngliche Entwurf, in dem gemeinsame Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen waren, sollte bestehen bleiben. Sofern die Krankenkassen betroffen sind, sollte die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen bestehen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

In den Gesetzestext sollte neben der Bekämpfung von Korruption auch die Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Missständen, die zu zweckwidriger Nutzung von Finanzmitteln führen, aufgenommen werden. Ferner sollte konkreter festgelegt werden, zu welchem Zeitpunkt die Kassenärztlichen Vereinigungen strafbare Handlungen der Staatsanwaltschaft anzuzeigen haben.

Datenschutzrechtliche Vorschriften sind entsprechend anzupassen.

§ 81a Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 untereinander und mit den Krankenkassen zusammenzuarbeiten."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 82 Abs. 3 SGB V (Grundsätze der Gesamtverträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 83 SGB V (Plausibilitätsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht die Streichung des Absatzes 2, in dem die Plausibilitätsprüfungen geregelt waren, vor. Deshalb entfällt die Absatzbezeichnung des Absatzes 1 "(1)"

B. Stellungnahme

Die Plausibilitätsprüfungen werden jetzt konkreter als in § 83 Abs. 2 SGB V in § 106a SGB V geregelt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 84 Abs. 3 SGB V (Arznei- und Heilmittelvereinbarungen; Richtgrößen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens sind künftig auszugleichen (bisher: Gegenstand der Gesamtverträge). Eine Unterschreitung ist (bisher: kann) Gegenstand der Gesamtverträge. Dabei sind Ärzte auszunehmen, die keine Arzneimittel verordnen bzw. voraussichtlich die vorgegebenen Richtgrößen einhalten. Bei den übrigen betroffenen Ärzten sind die Ausgleichsbeträge um evtl. Regresse zu vermindern.

B. Stellungnahme

Damit wird rechtlich klargestellt, dass Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens in jedem Falle ausgleichspflichtig sind. Dies kann nach den Neuregelungen auch nur teilweise erfolgen, wenn z. B. Zielvereinbarungen parallel zur Überschreitung jedoch eingehalten wurden. Für den Fall von Unterschreitung sind diese nunmehr auch verpflichtend im Rahmen der Gesamtverträge zu berücksichtigen. Eine echte Verbesserung der bisherigen Ausgangssituation resultiert daraus jedoch nicht, wie die Erfahrung in der Vergangenheit auch mit Schiedsamtentscheidungen zeigte. Wie ein Ausgleich eines gemeinsam und einheitlich festgelegten kassenartenübergreifenden Ausgabenvolumens im Rahmen kassenartenspezifischer Gesamtverträge abgewickelt werden soll, bleibt weiterhin unklar.

C. Änderungsvorschlag

Ohne strikte Budgetierung mit klarer Regelung, wann, wie und unter welchen Rahmenbedingungen ein kassenartenübergreifender Ausgleich der Budgetüberschreitungen vorgenommen werden soll, ist nicht mit einer Verbesserung der derzeitigen Situation zu rechnen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 84 Abs. 4 a SGB V (Arznei- und Heilmittelvereinbarungen; Richtgrößen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mindestens 0,5 % der Honorarsumme müssen zwischen den Vertragsparteien für Maßnahmen zur Information und Beratung der Vertragsärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung verwendet werden. Auch evtl. Bonuszahlungen sind aus diesem Topf zu finanzieren.

B. Stellungnahme

Damit wird quasi sichergestellt, dass keine zusätzlichen Zahlungen erfolgen, sondern aus dem bereits vereinbarten Honorarvolumen heraus ein bestimmter Anteilssatz (wie auch schon in einigen KV-Bereichen auf freiwilliger Basis vereinbart) für Informationszwecke und Bonuszahlungen bereit gestellt werden soll. Als Messlatte für Bonuszahlungen sollen die GAMSi-Arzt-Auswertungen herangezogen werden. Dies ist vollkommen untauglich, da es sich hierbei um ungeprüfte Frühinformationsdaten handelt, die insbesondere zum Beginn des Jahres aufgrund schwankender Füllungsstände arztindividuell vollständig falsche Rückschlüsse herbeiführen könnten.

C. Änderungsvorschlag

Die Gewährung von Bonuszahlungen auf Basis ungeprüfter GAMSi-Arzt-Frühinformationsdaten sollte gestrichen werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 85 Abs. 1, 2 und 3 c SGB V (Gesamtvergütung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 85 Abs. 1 SGB V (Zahlung der Gesamtvergütungen durch Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang keine.

B. Stellungnahme

Es muss sichergestellt werden, dass die im Zuge der neuen Vertragsmöglichkeiten im EU-Ausland nach § 140d bzw. der erweiterten Kostenerstattungsmöglichkeiten nach § 13 SGB V entstehenden Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen, soweit sie auf Leistungsverlagerungen aus dem Inland in das europäische Ausland resultieren, bei der Budgetsteuerung und -zahlung berücksichtigt werden. Andernfalls besteht die Gefahr einer durch Leistungsverlagerungen entstehenden Doppelfinanzierung.

C. Änderungsvorschlag

§ 85 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"¹Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.
²Die Zahlungen der Krankenkasse sind um die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2, 4 und 5 sowie Zahlungen auf Grund von Verträgen nach § 140d zu mindern.
³Abweichend ... (unverändert)."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, 85 Abs. 2 Satz 6 SGB V (Gesamtvergütung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung durch die Festzuschussregelung in § 30.

B. Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu § 30.

C. Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu § 30.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 85 Abs. 3 SGB V (Relativierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Beschlüsse der Bundesausschüsse über die Einführung neuer Leistungen sind bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen erhöhend zu berücksichtigen; ggf. sind Beschlüsse über die Ausgrenzung von Leistungen vermindern anzusetzen.

B. Stellungnahme

Der vorgeschlagenen Klarstellung bedarf es nicht, da bereits jetzt neue Leistungen vergütungserhöhend berücksichtigt werden können und dies auch gelebte Selbstverwaltungspraxis ist. Mit dem Vorschlag wird sich allerdings der Druck auf die Kassenseite in der gemeinsamen Selbstverwaltung erhöhen, neue Leistungen einzuführen. Damit entsteht das Risiko von Ausgabenerhöhungen, die sonst nicht eingetreten wären.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 85 Abs. 3 SGB V (Vereinbarung der Gesamtvergütungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang keine.

B. Stellungnahme

Durch die Zahlung bzw. den Erhalt von Transferbeträgen im Zusammenhang mit der Abwicklung des Risikostrukturausgleichs wird die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenkassen z.T. erheblich beeinflusst. Dies muss auch bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen beachtet werden, damit die Ziele des Risikostrukturausgleichs im Hinblick auf einheitliche, kassenspezifische Rahmenbedingungen im Wettbewerb erreicht werden können. Dies kann solange nicht erfolgen, als einzelne Kassenarten angesichts der diesbezüglichen Regelungen im SGB V nicht dazu in der Lage sind, aus Zeiten vor Einführung des Risikostrukturausgleichs stammende Vergütungsstrukturen an die geänderten finanziellen Gegebenheiten anzupassen. Ähnliches gilt für die Kassenärztlichen Vereinigungen, denen es in der Regel versagt bleibt, aus Gründen struktureller Anpassungsnotwendigkeiten bei durch den Risikostrukturausgleich begünstigten Kassenarten Vergütungsanhebungen durchzusetzen.

Die Gesetzesänderung ermöglicht vor diesem Hintergrund, bei den Vergütungsverhandlungen neben den schon gesetzlich verankerten Anpassungsparametern auch die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs heranzuziehen.

C. Änderungsvorschlag

§ 85 Abs. 3 wird um folgenden Satz 3 ergänzt:

"Ebenso zu beachten sind die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der beteiligten Krankenkassen."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 85 Abs. 3 a SGB V (Vereinbarung der Gesamtvergütungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang keine.

B. Stellungnahme

Die Fortschreibung der derzeitigen Gesamtvergütungen im vertragsärztlichen Bereich ist wettbewerbsverzerrend, nicht leistungs- und qualitätsorientiert, betriebswirtschaftlich kontraproduktiv und stellt den Solidargedanken der GKV in Frage, wenn durch systemimmanente Quersubventionen auf Versicherte einzelner Kassen überproportionale Kosten für die Versorgung abgewälzt werden.

Es ist deshalb eine Korrektur bzw. Neujustierung der Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung notwendig. Dabei wird eine Chancengleichheit für die Kassen hergestellt und - auch im Interesse der Leistungserbringer - eine leistungsorientierte Grundlage durch Einbeziehung des aktuellen Leistungsbedarfs (Versorgungsaufwand) gebildet.

C. Änderungsvorschlag

§ 85 Abs. 3 a SGB V wird wie folgt gefasst

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

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V (Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabs)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Honorarverteilungsmaßstab ist zukünftig zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung einerseits und den Verbänden der Krankenkassen andererseits gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren.

B. Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Einräumung eines stärkeren Mitspracherechts der Krankenkassen bei der Honorarverteilung zu begrüßen.

Nicht praktikabel ist allerdings die Verpflichtung zu einer gemeinsam und einheitlich zu treffenden Honorarverteilung, da die der Honorargenerierung zu Grunde liegenden Verträge kassenartenspezifisch vereinbart werden. Solange dies nicht geändert oder durch einheitliche Vergütungsregelungen über alle Kassenarten abgelöst wird, kann die Honorarverteilung ebenfalls nur kassenartenspezifisch vereinbart werden.

C. Änderungsvorschlag

In § 85 Absatz 4 Satz 2 werden die Worte "gemeinsam und einheitlich" gestrichen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V (Honorarverteilung für psychotherapeutische Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Honorarverteilungsmaßstab muss Regelungen umfassen, die eine angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen beinhalten.

B. Stellungnahme

Die Regelung ersetzt in untauglicher Weise die bereits jetzt in § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V enthaltene Sonderregelung für psychotherapeutische Leistungen. Die Untauglichkeit ergibt sich durch den Verweis auf die Antrags- und Genehmigungspflicht bestimmter psychotherapeutischer Leistungen, die zwar derzeit in den entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses vorgesehen ist, möglicherweise in der Zukunft aber auch entfallen kann. Einer derartigen Veränderung wäre mit der Gesetzesformulierung ein Riegel vorgeschoben.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 85 Abs. 4 Satz 6 ff. SGB V (Diverse Regelungen zur Honorarverteilung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungsvorschläge umfassen Spezialregelungen zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit einzelner Vertragsärzte und zur Verankerung von mengenbegrenzenden Regelungen (Regelleistungsvolumina).

B. Stellungnahme

Die Vorschläge sind zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 85 Abs. 4 a SGB V (Vorgaben des Bewertungsausschusses Ärzte zur Honorarverteilung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss Ärzte bestimmt Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung nach Abs. 4. Die Ableitung des Inhalts einer solchen Regelung wird mit einem neuen Termin (31.12.2004) versehen. Neu ist, dass die KVen dem Bewertungsausschuss die dafür erforderlichen Daten nach Maßgabe des Bewertungsausschusses zur Verfügung stellen sollen. Neu ist ferner, dass der Bewertungsausschuss dem BMGS jährlich jeweils bis zum 31.12. einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Vorjahr vorzulegen hat.

B. Stellungnahme

Die bisherige Regelung, Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung aufzustellen, hatte durch Terminablauf keine Relevanz mehr - vor allem für die KBV. Durch die neue Regelung, Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung zu stellen, wird der Prozess neu angeregt.

Dem Bewertungsausschuss - und damit einem Gremium auf der Bundesebene - erwachsen neue Kompetenzen an der Stelle der ansonsten durch die Landesebene geregelten Verteilung der Gesamtvergütung. Daher sind die Vorschläge zu begrüßen.

Der jährliche Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur sorgt für zusätzliche Transparenz und ist daher zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 87 Abs. 1 SGB V (EBM)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bis spätestens zum 1. Januar 2006 ist zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein Datensatz und ein Verfahren für die elektronische Übermittlung der Verordnungsdaten an Apotheken und Krankenkassen zu vereinbaren.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des elektronischen Rezeptes bis spätestens zum 1. Januar 2006.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V (EBM)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen EBM sollen Leistungen mit Zeitangaben für die Leistungserbringung hinterlegt werden.

B. Stellungnahme

Die Leistungen mit dem Zeitaufwand zu hinterlegen ist sinnvoll. Auf diese Weise können sinnvoll Plausibilitätskontrollen durchgeführt werden. Ferner wird bessere Transparenz geschaffen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Vergütung medizinisch-technischer Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Vergütung medizinisch-technischer Leistungen sind die Möglichkeiten wirtschaftlicher Nutzung zu berücksichtigen.

B. Stellungnahme

Der Vorschlag ist obsolet, da die beabsichtigten Grundsätze ohnehin beachtet werden.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 87 Abs. 2 a SGB V (Einführung von Fall- und Behandlungspauschalen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 87 Abs. 2 a betreffen v.a. die Einführung von leistungserbringerübergreifenden Fallpauschalen und jahresbezogenen hausärztlichen Behandlungspauschalen.

B. Stellungnahme

Die weitere Einführung pauschalierter Vergütungsformen in der ambulanten Versorgung ist sinnvoll, um die Anreize zur Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen weiter zu reduzieren. Allerdings bleiben in den Vorschlägen die notwendigen Rahmenbedingungen ungeklärt. So muss klargestellt werden, wie die Aufteilung der Fallpauschalen auf die einzelnen Leistungserbringer erfolgen soll. Außerdem sollte die Auszahlung von Behandlungspauschalen an Hausärzte davon abhängig gemacht werden, dass sich Patienten bei diesen Hausärzten eingeschrieben haben und dauerhaft nur von dem jeweiligen Hausarzt betreut werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 87 Abs. 2 c SGB V (Vergütung medizinisch-technischer Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss wird ausdrücklich ermächtigt, Regelungen zu treffen, die medizinisch-technische Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang zu begrenzen.

B. Stellungnahme

Der Vorschlag dient der Präzisierung der Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses und wird daher begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, 87 Abs. 2 d Satz 1 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung durch die Festzuschussregelung in § 30.

B. Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu § 30.

C. Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu § 30.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 87 Abs. 6 SGB V (Ersatzvornahmen für Beschlüsse des Bewertungsausschusses)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Dem BMGS wird eine konkrete Aufsicht über den Bewertungsausschuss zugestanden. Außerdem wird dem BMGS das Recht auf Ersatzvornahmen für Beschlüsse des Bewertungsausschusses eingeräumt.

B. Stellungnahme

Die bisherige allgemeine Aufsicht des BMGS über den Bewertungsausschuss ist ausreichend. Die Selbstverwaltung funktioniert in diesem Bereich auch ohne (auf einer weniger kompetenten Informationslage beruhenden) Ersatzvornahmen.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 88 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGB V (Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung durch die Festzuschussregelung in § 30, ergänzt um spezifische Regelungen zur Bildung der (zahntechnischen) Festzuschüsse bei Leistungen aus praxiseigenen Laboratorien (s. Stellungnahme zu § 88 Abs. 3 SGB V, s.u.).

B. Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu § 30 sowie § 88 Abs. 3 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungskomplexe. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise. Die Vergütungen für zahntechnische Leistungen, die von einem Zahnarzt erbracht werden, haben die Vergütungen nach Satz 1 um mindestens 5 v.H. zu unterschreiten. Zugleich bilden die Vertragsparteien nach Satz 1 die Festzuschüsse nach § 30 für zahntechnische Leistungen."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 88 Abs. 3 SGB V (Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 88 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

Die Krankenkassen haben die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten zu informieren.

B. Stellungnahme

Gegenüber dem GMG-Arbeitsentwurf ist die explizite Abschlusskompetenz der Krankenkassen zu Einzelverträgen mit preisgünstigen zahntechnischen Anbietern wieder gestrichen worden. Der Wegfall dieser gesetzgeberischen Klarstellung ist vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit festzustellenden rechtlichen Auslegungsprobleme zu dieser Thematik nicht nachvollziehbar.

Darüber hinaus haben zukünftig die Krankenkassen die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsformen zu informieren. Diese (Muss-)Vorgabe für die Krankenkassen, Versicherte und Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsformen zu informieren, kann in der Praxis zu Umsetzungsproblemen führen. Die bisherige Formulierung (= Kann-Regelung) sollte daher beibehalten werden.

Überdies enthält der vorliegende Entwurf gegenüber der jetzigen Fassung des § 88 Abs. 3 - bezogen auf den Versichertenanteil - keine Regelungen mehr zum fünfprozentigen Preisabschlag bei zahntechnischen Leistungen aus praxiseigenen Laboratorien. Lediglich bei der Festlegung der Festzuschüsse ist der fünfprozentige Abschlag zu berücksichtigen. Ebenso klargestellt werden sollte noch der (bisher bereits vorhandene) "Höchstpreischarakter" der zahntechnischen Vergütungen. Hierdurch wird bekräftigt, dass die mit den Innungen vereinbarten Vergütungen in praxi auch unterschritten werden dürfen.

C. Änderungsvorschlag

§ 88 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

"Die Krankenkassen können mit zahntechnischen Anbietern Verträge zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität als in den Verträgen nach Satz 1 schließen. Die Krankenkassen können die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten informieren."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 89 Abs. 1 und 1 a SGB V (Ausweitung der Konfliktlösungsinstrumente bei Schiedsämtern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach drei Monaten erhalten die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes das Recht, den Vertragsinhalt festzusetzen. Sollte auch das scheitern, setzt die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertragsinhalt fest.

B. Stellungnahme

Der Änderungsvorschlag kann zwar in Einzelfällen die Vertragsfindung erleichtern, bedeutet aber die Verlagerung der Abschlusskompetenz auf Organisationen bzw. Personen, die über eine im Vergleich zu den Selbstverwaltungspartnern geringer ausgeprägte Sachkompetenz verfügen. Die Verweigerungshaltung einer Partei im Schiedsverfahren kann dann zu Beschlüssen führen, die sachlich nicht zu rechtfertigen sind. Die Klagen gegen Schiedsamtsfestsetzungen werden zunehmen, die Rechtssicherheit der Umsetzung nimmt ab.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 89 Abs. 2 SGB V (Schiedsamtsbesetzung bei Kassenverträgen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Es sollte in Erwägung gezogen werden, § 89 insgesamt zu ergänzen, um angemessene Konfliktlösungsmechanismen für Einzelverträge und Integrationsversorgungen zu implementieren.

C. Änderungsvorschlag

§ 89 Abs. 2 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

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.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 89 Abs. 5 SGB V (Schiedsamt)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 92 Abs. 1 SGB V (Richtlinien der Bundesausschüsse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses soll auf die Festlegung von Inhalt und zeitlichem Umfang von Fortbildungsmaßnahmen für einen Fortbildungsnachweis nach § 95 Abs.2 b Satz 2 erweitert werden.

Die Ergänzung des § 92 Abs. 1 im Gesetzentwurf des GMG regelt die Zusammenarbeit des Zentrums mit den Bundesausschüssen. Die Empfehlungen des Zentrums werden den Bundesausschüssen zugeleitet, wobei die Empfehlungen Bestandteil der Richtlinien der Bundesausschüsse werden, wenn die Bundesausschüsse kein gegenteiliges Votum abgeben. Ein gegenteiliges Votum ist zu begründen.

Die Bundesausschüsse werden verpflichtet, über die Umsetzung einer Empfehlung des Zentrums durch eine Richtlinie zeitnah (binnen 6 Monaten) zu entscheiden. Dabei sind die Bundesausschüsse innerhalb dieser Frist gehalten, entsprechende Richtlinien zu beschließen. Bei fehlendem Beschluss einer Richtlinie besteht seitens der Bundesausschüsse eine Begründungspflicht innerhalb der genannten Frist. Ebenfalls wird bei einem Abweichen von der Empfehlung durch die Richtlinie eine Begründung gefordert.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Erweiterung der Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses bezüglich der Definition von Pflichtfortbildungen ist zu begrüßen.

Die Empfehlungen des Zentrums werden zu Vorgaben für die Richtlinienbeschlüsse der Bundesausschüsse. Damit haben sie eine bedeutende Tragweite auf Inhalte der Richtlinien der Bundesausschüsse und deren Beschlusskompetenz. Über die Inhalte der Empfehlungen macht der Gesetzgeber allerdings - wie in der Stellungnahme zu den §§ 139a ff. näher ausgeführt - keine bzw. nur unzureichende Ausführungen.

Die in §139c Satz 3 geregelte und dem Zentrum eingeräumte Möglichkeit zur Aussetzung der Beratung in den Bundesausschüssen und im Ausschuss Krankenhaus für sechs Monate kommt einer Sperrfrist gleich, die eine nicht akzeptable und fremdbestimmte Arbeitsplanung in den Ausschüssen auslöst.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

Streichung der Ergänzung zu Abs. 1.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 1, § 92 Abs. 1 Satz 2 (neu) SGB V (Richtlinien des Bundesausschusses
Ärzte und Krankenkassen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass der Bundesausschuss die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken und ausschließen kann, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.

B. Stellungnahme

Dabei handelt es sich um eine Klarstellung dahingehend, dass der Bundesausschuss ermächtigt ist, konkrete Leistungen auszuschließen, was in der Vergangenheit teilweise durch Sozialgerichte unter Verweis auf die parallel bestehende Verordnungskompetenz des BMGS z.B. im Zusammenhang mit § 34 SGB V bestritten wurde.

Es bedarf jedoch bezüglich der Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V noch einer konkreten Ermächtigungsklausel für den Bundesausschuss, in den Richtlinien auch die Definitionen "schwere Sehbeeinträchtigung" und "zwingend erforderliche Ausnahmefälle" zu bestimmen.

C. Änderungsvorschlag

Siehe zu § 33 SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 1, § 92 Abs. 1 Satz 3 (neu) SGB V (Richtlinien des Bundesausschusses
Ärzte und Krankenkassen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

In die Liste in Absatz 1 wird der Punkt 12 eingefügt:
"Inhalte und den zeitlichen Umfang der Fortbildung, die für den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 Abs. 2 b Satz 2 erforderlich ist."

B. Stellungnahme

Die in Absatz 1 Punkt 12 beabsichtigte Erweiterung der Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses bezüglich der Definition von Pflichtfortbildungen ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1 § 92 Abs. 2 SGB V (Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu § 35b (Bewertung von Arzneimitteln durch das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin) und die Einbeziehung der von diesem Institut benannten Referenzarzneimittel in die vom Bundesausschuss zu tätigen Analogarzneimittelbewertungen.

B. Stellungnahme

Folgeänderung, die klarmacht, dass der Bundesausschuss hier Vorarbeiten des Zentrums einzubeziehen hat, die ihn in seiner bisherigen eigenständigen Entscheidungsfindung sehr stark einengen. Hinzu kommt die Verpflichtung, binnen 6 Monaten auf Zentrums-Empfehlungen reagieren zu müssen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 92 Abs. 7 b SGB V (Richtlinien der Bundesausschüsse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Hinsichtlich der Regelungen zur Umsetzung der Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin wird auf die Stellungnahme zu § 139b SGB V verwiesen.

Die weitere vorgesehene Neuregelung sieht - wie in anderen Neuregelungen auch - eine Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte vor. Danach sollen Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und sonstigen Betroffenen ihre Sachkunde und ihre Erfahrungen in die zutreffenden Richtlinien einbringen.

B. Stellungnahme

Die Stärkung der Patienten- bzw. Verbraucherrechte ist u.a. ein Kerngehalt des Gesetzentwurfs. Dies ist zu begrüßen (vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1, § 132a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 1, § 95 Abs. 1 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
(Gesundheitszentren))**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gesundheitszentren können künftig im Bereich der haus-, frauen- und augenärztlichen Versorgung gleichberechtigt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden. Sie erbringen fachübergreifende vertragsärztliche Leistungen durch angestellte Ärzte. Soweit Gesundheitszentren andere fachärztliche Leistungen erbringen, ist dies nur auf Grund von Einzelverträgen nach § 106b möglich. Andere Leistungserbringer (Pflegedienste, Heilmittelerbringer, Vertragsärzte) können sich den Zentren anschließen. Die Gesundheitszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen.

Ziel ist, eine "Versorgung aus einer Hand" analog zu den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 in den neuen Bundesländern anzubieten, deren Vorteil v.a. in der Kooperation ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer liegt. Die Gesundheitszentren werden in der Bedarfsplanung berücksichtigt, die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz). Krankenhäuser und stationäre Rehaeinrichtungen i.S.d. § 107 können keine Zulassung erhalten.

B. Stellungnahme

Die Öffnung der vertragsärztlichen Versorgung für neue Versorgungsangebote ist grundsätzlich zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 95 Abs. 2 ff. SGB V (Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 95 SGB V regelt die Voraussetzungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Bisher wurde aber der Gedanke, wie mit Ärzten verfahren wird, die in der Vergangenheit straffällig oder jedenfalls auffällig geworden sind, nicht berücksichtigt.

B. Stellungnahme

Ärzte, die straffällig oder in ausschlaggebenden Bereichen (Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung) auffällig geworden sind, sollten nicht ohne weiteres an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen. Es erscheint sinnvoll, neben den schwerfälligen disziplinarischen Sanktionen, neue wirkungsvolle und einfach umzusetzende Sanktionsmöglichkeiten einzuführen. Von einer temporären Zulassungssperre kann sowohl eine sanktionierende als auch präventive Wirkung ausgehen.

Die Politik hat bereits den Vorschlag der Einführung eines Korruptionsregisters gebracht - bisher aber nicht berücksichtigt.

C. Änderungsvorschlag

Absatz X (neu)

"Der Zulassungsausschuss kann sich in einem Korruptionsregister über Verstöße der Vertragsarztes im Bezug auf Wirtschaftlichkeit, Plausibilität und Verurteilung wegen Betrug oder betrugsverwandter Delikte Auskunft verschaffen.

Der Zulassungsausschuss kann gegen den Vertragsarzt infolge einer Verurteilung oder anderer aus dem Korruptionsregister hervorgehender Verstöße eine zeitlich befristete Zulassungssperre verhängen."

Abs. 6 Satz 2 (neu):

"Im Übrigen ist eine zeitlich befristete Entziehung der Zulassung möglich."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 95 Abs. 2 b und 2 c SGB V (Fortbildungsnachweis)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die nach dem neuen § 95d SGB V (s. d.) verpflichtende Fortbildung hat der zugelassene Vertragsarzt (§ 95 Abs. 2 b SGB V) und das zugelassene Gesundheitszentrum (§ 95 Abs. 2 c SGB V) für die (genehmigten) angestellten Ärzte alle fünf Jahre nachzuweisen. Nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums setzt der Zulassungsausschuss eine Nachfrist, die erforderlichen Nachweise zu erbringen.

Wird dieser Nachweis nicht erbracht, ist die Zulassung zu entziehen.

B. Stellungnahme

Folgeänderung zu § 95d SGB V mit der entsprechenden Pflichtfortbildung nach dem Sozialgesetzbuch und deren Folgen (Entzug der Zulassung) bei fehlendem Nachweis.

Die Regelung ist zu begrüßen. Die erforderlichen Aussagen zum Verwaltungshandeln erscheinen jetzt ausreichend. Die damit verbundenen Verwaltungskosten der Zulassungsausschüsse sind zu vertreten.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 95 Abs. 3, 5 und 7 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung - Zulassungswesen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die in zugelassenen Gesundheitszentren angestellten Haus-, Augen- und Frauenärzte sind Mitglieder der örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die vertraglichen Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung sind für zugelassene Gesundheitszentren verbindlich (Abs. 3).

Weiterhin wird das Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes geregelt, der zum hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 (s. d.) gewählt wurde (Abs. 5).

In Abs. 7 werden einerseits die zugelassenen Gesundheitszentren hinsichtlich des Endes der Zulassung den Vertragsärzten gleichgestellt und andererseits das Zentrum verpflichtet, das Beschäftigungsverhältnis von Ärzten mit Vollendung des 68. Lebensjahres zu beenden.

B. Stellungnahme

Folgeänderungen der § 79 Abs. 1 und § 95 Abs. 1 SGB V (s. d.)

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 95a Abs. 1 SGB V (Arztregister)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 95 SGB V regelt die Voraussetzungen für die Eintragungen in das Arztregister.

B. Stellungnahme

Bei einer Eintragung in das Arztregister wird bisher nicht geprüft, ob eine Arzt in der Vergangenheit wegen den Gesundheitssektor tangierenden Delikten straffällig geworden ist (Betrug, Untreue, Körperverletzung, Freiheitsberaubung u.a.).

C. Änderungsvorschlag

§ 95 Abs. 1 wird wie folgt ergänzt:

"3. der Nachweis über die Straffreiheit".

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 95b SGB V (Einbeziehung der Gesundheitszentren in die Folgen des kollektiven Zulassungsverzichts)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesundheitszentren werden in die Regelungen des kollektiven Verzichts auf die Zulassung einbezogen.

B. Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 95d Abs. 1 SGB V (Pflicht zur fachlichen Fortbildung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Gesetz wird eine "Pflicht-Fortbildung" etabliert: Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausbildung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

B. Stellungnahme

Diese Initiative ist nachhaltig zu unterstützen. Der Gedanke der Korruptionsbekämpfung sollte hier insbesondere an die Adresse der Ärzte und Industrie klar formuliert werden. Leider sind bisher keine Sanktionsmöglichkeiten vorgesehen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 100 SGB V (Definition der "Unterversorgung")

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber legt nun eindeutig mit der Unterschreitung um 25 v.H. die anzunehmende Unterversorgung fest. Diese ist Ausgangspunkt für die Möglichkeit, Verträge mit Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung gem. § 116a zu schließen.

B. Stellungnahme

Die Bedarfsplanungs-Richtlinien Ärzte gehen derzeit von Unterversorgung aus, wenn der Versorgungsgrad bei der hausärztlichen Versorgung 25 % und in der fachärztlichen Versorgung um 50 % unterschritten wird. Die amtliche Festlegung zur Unterversorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings wird für den Teil der fachärztlichen Versorgung, die im Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung verbleibt, die Unterversorgung nun früher festgestellt. Dies hat zur Folge, dass neue Leistungsanbieter (hier: Krankenhäuser) früher auf den Plan treten können, als dies nach der derzeitigen Rechtslage möglich gewesen wäre. Dieser Status sollte deshalb weiterhin gelten.

C. Änderungsvorschlag

§ 100 SGB V wird wie folgt gefasst:

"Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (§ 101) in der hausärztlichen Versorgung um 25 v. H. bzw. in der frauen- oder augenärztlichen Versorgung um 50 v. H. unterschritten wird."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 101 SGB V (Anpassung der Bedarfsplanung an die Neudefinition des Sicherstellungsauftrags)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Bestimmungen der Richtlinien zur Bedarfsplanung sollen künftig nur für die Arztgruppe der Hausärzte (insbesondere Allgemein-/ und Kinderärzte) und die Frauen-/und Augenärzte (Fachärzte) sowie die Gesundheitszentren, die die v.g. Ärzte beschäftigen, gelten.

B. Stellungnahme

Anpassende Änderungen sind durch die veränderte Sicherstellung erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V (Zulassung und Zulassungsumwandlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuformulierung des Satzes 5 sind ab 01.01.2006 ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig (statt bisher: grundsätzlich) durch Allgemeinmediziner zu besetzen.

B. Stellungnahme

Die bisherige Regelung wird nicht verändert. Die geänderte Formulierung enthält zwar eine Aussage zur Reihenfolge. Die bestehende Aussage gibt den Allgemeinmedizinern aber den ersten Anspruch.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 103 Abs. 4 a SGB V (Zulassung und Zulassungsumwandlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Eine Zulassung als Vertragsarzt kann künftig durch Fristablauf enden. Bei angeordneter Zulassungsbeschränkung und Aufnahme einer Tätigkeit als angestellter Arzt in einem Gesundheitszentrum hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen; die Arztpraxis kann dann nicht übertragen werden.

Andererseits kann bei Aufgabe einer Praxis ein Gesundheitszentrum einen Vertragsarztsitz übernehmen und dann mit einem Arzt ein Arbeitsverhältnis begründen.

B. Stellungnahme

Die gesetzliche Regelung ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zu den bereits vorhandenen allgemeinen Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen kann künftig auch eine Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 getroffen hat, gezahlt werden.

B. Stellungnahme

Schon nach bisherigem Recht gehört es zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Danach ist es u.a. möglich, finanzielle Mittel für Sicherstellungszwecke zu verwenden, um z.B. gezielt Anreize für Vertragsärzte oder Niederlassungsinteressierte in ländlichen Regionen zu schaffen. Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass neben den mittelbar finanziell wirksamen Maßnahmen wie z.B. der Subventionierung einer für die Versorgung in einer bestimmten Region notwendigen Praxisausstattung auch unmittelbar wirksame Maßnahmen wie die Zahlung von "Sicherstellungsprämien" in Form von Zuschlägen zum Honorar umgesetzt werden können, um eine bestehende Unterversorgung abzubauen.

Insoweit ist die Änderung zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 105 Abs. 4 SGB V (Förderung der vertragsärztlichen Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem neu eingefügten Absatz 4 entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen über die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz. Die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. Die Höhe der insgesamt gezahlten Sicherstellungszuschläge im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung darf insgesamt 1 v.H. der Gesamtvergütung nicht überschreiten.

B. Stellungnahme

Zu finanzieren sind die Sicherstellungszuschläge von den Kassenärztlichen Vereinigungen allein, da gerade dies Teil des Sicherstellungsauftrags ist. Im Gesetzentwurf wird die fachärztliche Sicherstellung der Kassenseite überantwortet. Für diesen Teil übernehmen diese auch mögliche finanzielle Auswirkungen für einen Anreiz bei Unterversorgung. Der im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen verbleibende Teil der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ist dort in Gänze zu vertreten.

Die Änderung ist hinsichtlich der Modalitäten der Mitfinanzierung durch die Krankenkassen abzulehnen.

C. Änderungsvorschlag

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

"(4) Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheidet über die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nach Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz, über die Höhe der zu zahlenden Sicherstellungszuschläge je Arzt, über die Dauer der Maßnahme sowie über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis. Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung trägt den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuformulierung des Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 entfällt die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten (sog. Durchschnittsprüfung). Auffälligkeitsprüfungen sollen künftig ausschließlich bei Überschreitung der Richtgrößen durchgeführt werden. Ärztlich erbrachte Leistungen können in diesem Zusammenhang nicht mehr berücksichtigt werden.

B. Stellungnahme

Der Wegfall der Durchschnittsprüfung wird abgelehnt.

Tritt diese Regelung in Kraft, werden keine quartalsweisen Prüfungen im Arzneimittelsektor mehr durchgeführt. Eine Prüfung würde künftig ausschließlich jahresbezogen stattfinden. Im Hinblick auf die Arzneimittelausgabensituation bei den Ersatzkassen und aufgrund der Tatsache, dass die Durchschnittsprüfung derzeit das einzig flächendeckend funktionierende Prüfinstrument ist, ist diese Regelung abzulehnen.

In Konsequenz dessen, dass die Prüfungen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V nur bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 SGB V durchgeführt werden sollen, wurde auch die Berücksichtigung der ärztlich erbrachten Leistungen gestrichen, allerdings im Rahmen der Neufassung des § 106 Abs. 2 Satz 3 berücksichtigt.

C. Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagene Änderung ist zu streichen. Der § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist wie folgt zu fassen:

"Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten und bei Überschreitung von Richtgrößenvolumen nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),"

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung ist es künftig dem Prüfungsausschuss nicht mehr möglich, zum Zwecke der Stichprobenprüfung Gruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen zu bilden.

B. Stellungnahme

Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Neufassung der §§ 106 Abs. 2 b und 3 SGB V und kann angenommen werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 Satz 3 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungen ist das vom Vertragsarzt zur Abrechnung eingereichte Leistungsvolumen zu Grunde zu legen. Regelungen zur Honorarbegrenzung sollen nicht vorab berücksichtigt werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung des § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Positiv zu bewerten ist, dass der Einfluss honorarwirksamer Begrenzungsregelungen auf das Prüfgeschäft ausgeschlossen wird.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 Satz 5 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung regelt, dass die Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößenvolumen für den Zeitraum eines Jahres (statt wie bisher: Kalenderjahr) durchzuführen sind.

B. Stellungnahme

Eine Bewertung dieser Neufassung ist nicht abschließend möglich.

Die Verfahrensweise, insbesondere im Zusammenhang mit der Abgrenzung der Prüfzeiträume, ist zu konkretisieren. Richtgrößenvereinbarungen können länger als ein Jahr gültig sein, sofern sich die Vertragspartner nicht zeitgerecht einigen.

Diese Tatsache kann das Prüfgeschäft verkomplizieren, wenn innerhalb eines Prüfzeitraumes zwei Richtgrößenvereinbarungen mit Richtgrößen in unterschiedlicher Höhe für eine Vertragsarztgruppe gültig sind.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 Satz 6 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Stichprobenprüfung muss mindestens den Prüfzeitraum eines Jahres umfassen.

B. Stellungnahme

Diese Regelung ist sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 Satz 7 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung sind bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung Leistungen, die im Rahmen der Kostenerstattung vergütet worden sind, nicht mehr berücksichtigt.

B. Stellungnahme

Diese Regelung ist konsequent, da die Krankenkassen gemäß § 13 Abs. 2 Satz 3 bereits Abschläge u. a. für eine fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung vom Kostenerstattungsbetrag einbehalten.

Die Regelung kann akzeptiert werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 b SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung von Zufälligkeitsprüfungen, insbesondere zu den Beurteilungsgegenständen nach Abs. 2 a vereinbaren. Diese Neuregelung soll zur Gewährleistung einer zügigen Umsetzung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach bundesweit abgestimmten Verfahrensweisen beitragen. Die Richtlinien sind durch das BMGS zu genehmigen.

B. Stellungnahme

Die geplante Neuregelung ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 2 c SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung stellt klar, dass die Zufälligkeitsprüfung auf Basis der Daten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt werden sollen.

Des Weiteren wird dem zu prüfenden Vertragsarzt im Falle begründeter Zweifel an der Richtigkeit der Daten die Möglichkeit eingeräumt, stichprobenweise Einsicht in die zu Grunde gelegten Originalbelege oder deren Kopien zu nehmen.

B. Stellungnahme

Die Verwendung einer identischen Datenbasis zur Durchführung der Wirtschaftlichkeits- und Zufälligkeitsprüfung ist sinnvoll und zu begrüßen.

Gleichermaßen sollte dem Vertragsarzt das Recht eingeräumt werden, sich die Validität der Daten im Falle begründeter Zweifel stichprobenweise bestätigen zu lassen. Allerdings birgt diese Regelung die Gefahr, dass jeder Vertragsarzt hiervon Gebrauch macht und durch geschickte medizinische Begründungen die Durchführung der Zufälligkeitsprüfung verhindert beziehungsweise stoppt. Unter keinen Umständen sollte bei der Prüfung der Validität der Daten auf Originalbelege oder deren Kopien zurückgegriffen werden, sondern auf die digitalisierten Abbilder, da diese auch die Basis im Hinblick auf die Datengenerierung bilden.

Bei der Nennung der Datenbasis für die Durchführung der Prüfungen sollte § 298 SGB V aufgenommen werden, da die Krankenkassen durch diese Rechtsgrundlage legitimiert werden, im Einzelfall und zu Prüfzwecken versichertenbezogene Daten übermitteln zu können.

C. Änderungsvorschlag

§ 106 Absatz 2 c SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

"Die Prüfungen nach Absatz 2 Satz 1 werden auf Grundlage der Daten durchgeführt, die den Geschäftsstellen nach Absatz 4 a gemäß §§ 296 bis 298 übermittelt werden. Macht der Arzt begründete Zweifel an der Richtigkeit der Daten geltend, entscheidet der Prüfungsausschuss, ob die Zweifel hinreichend begründet sind und die Richtigkeit der Daten auf der Grundlage einer Stichprobe **der digitalisierten Abbilder der Originalbelege zu überprüfen ist.**"

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 3 Satz 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt klar, dass die Vertragspartner auf der Landesebene Inhalt und Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Beachtung der Richtlinien nach § 106 Abs. 2 b SGB V zu beachten haben.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 106 Abs. 2 b, welche akzeptiert werden kann.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des Satzes 2 ermöglicht in den Verträgen zur Stichprobenprüfung die Bildung von Stichprobengruppen abweichend von den Fachgebieten nach ausgewählten Leistungsmerkmalen.

B. Stellungnahme

Diese geplante Neufassung macht die Stichprobenprüfung (Zufälligkeitsprüfung) manipulationsanfällig. Durch eine Gruppierung von Vertragsarztgruppen wird der Grundsatz der Zufälligkeit verletzt.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 4 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In den aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gebildeten und paritätisch besetzten Prüfungsausschüssen ist ein unabhängiger Vorsitzender zu berufen. Durch diese Neuregelung sollen eine effektivere Arbeitsweise der Prüfungsausschüsse gewährleistet und interessen geleitete Entscheidungen zugunsten einer Seite verhindert werden. Die Beschwerdeausschüsse werden abgeschafft.

B. Stellungnahme

Durch den Einsatz eines Vorsitzenden, welcher bei Stimmengleichheit entscheidungsbefugt ist, wird die Arbeit des Prüfungsausschusses professionalisiert. Die geplante Regelung ist zu begrüßen.

Der Wegfall der Beschwerdeausschüsse ist gleichermaßen zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 4 a SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse eingerichtet, welche die Datengrundlagen für die Prüfungen erstellen und die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relevanten Sachverhalte aufbereiten. Durch die Einrichtung von Geschäftsstellen sollen die notwendigen Voraussetzungen für eine effektive Durchführung der Prüfungen geschaffen werden.

Die Geschäftsstellen können grundsätzlich bei einem Verband der Krankenkassen, bei einer Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft gebildet werden. Angesichts der Erstellung von Datengrundlagen für die Prüfungen durch die Geschäftsstellen kann der nach den bisher geltenden Regelungen vorgesehene Datenaustausch zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen entfallen.

B. Stellungnahme

Die geplante Einrichtung der Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse sowie deren aufgeführte Aufgaben sind zu begrüßen.

Durch die Datenaufbereitung und die vorgezogene Beurteilung der Sachverhalte kann die Effizienz der Arbeit in den Prüfungsausschüssen gesteigert werden. Gleichermaßen wird eine neutrale Bewertung der Sachverhalte erreicht.

Vor dem Hintergrund, dass die Vertragspartner auf Landesebene Inhalt und Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbaren können, können je KV-Bereich unterschiedliche Datenanforderungen formuliert werden. Für die Krankenkassen ergibt sich hieraus ein unverhältnismäßig hoher Aufwand, welcher durch den unten stehenden Änderungsvorschlag vermieden werden könnte.

C. Änderungsvorschlag

§ 106 Abs. 4 a SGB V wird nach S. 5 um folgenden Satz ergänzt:

"Die Geschäftsstelle erhält die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung relevanten Daten in dem zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu vereinbarenden bundesweit einheitlichen Datenformat."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung der Wörter "führt die Prüfungen nach Absatz 2 durch; er" wird klargestellt, dass der Prüfungsausschuss künftig ausschließlich die Sachverhalte entscheidet. Die Aufbereitung von Prüfunterlagen wird in der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses vollzogen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum § 106 Abs. 4 a SGB V und kann angenommen werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 Sätze 3 bis 7 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Beschwerdeausschüsse werden abgeschafft und die Klagebefugnis gegen die Entscheidung der Prüfungsausschüsse auf die Betroffenen eingeschränkt. Die Abschaffung soll ein zügiges und effektives Prüfungsverfahren gewährleisten. Den Landesverbänden der Krankenkassen wird keine Klagebefugnis eingeräumt. Als Folge der Abschaffung der Beschwerdeausschüsse finden keine Widerspruchsverfahren mehr statt.

B. Stellungnahme

Die geplanten Änderungen hinsichtlich der Abschaffung der Beschwerdeausschüsse sowie der Klagemöglichkeiten der Betroffenen sind grundsätzlich zu begrüßen.

Es ist jedoch zu hinterfragen, wie für die einzelnen Krankenkassen die Klageschrift zu einem Prüffall, der auf kassenartenübergreifender Basis angestrengt wurde, formuliert werden soll. Die Krankenkasse kann den ihr entstandenen Schaden aus dem Prüffall nicht beziffern.

Die Möglichkeit, dass die Verbände der Krankenkassen - wie bisher - klagen können, sollte erhalten bleiben.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 a Satz 5 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Stundung bzw. zum Erlass eines Regresses auf Antrag des Vertragsarztes für den Fall einer wirtschaftlichen Überforderung des Arztes entfällt.

B. Stellungnahme

Der Aufhebung des Satzes 5 kann zugestimmt werden, da diese Regelung in erster Linie über das Zivilrecht abgedeckt ist.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 a Satz 7 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des Satzes 7 stellt klar, dass nicht die in § 106 Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner, sondern der Prüfungsausschuss das Verfahren der Erstattung regelt.

Die in § 106 Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten.

B. Stellungnahme

Beide geplanten Änderungen stehen im Zusammenhang der Neuregelung des § 106 Abs. 5 c SGB V und können angenommen werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 a Satz 9 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufhebung des Satzes 9 ist eine Konsequenz aus der Abschaffung der Beschwerdeausschüsse.

B. Stellungnahme

Die geplante Änderung kann angenommen werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 b SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Einfügen des Absatzes 5 b wird die Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, als zusätzliche Prüfung, eingeführt.

B. Stellungnahme

Die geplante Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass eine diagnosebezogene Datenaufbereitung der Angaben nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V durch die Krankenkassen aufgrund datenschutzrechtlicher Auflagen nicht möglich ist. Gleichermaßen sind Probleme bei der Datenerhebung im Bereich Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie zu erwarten. In diesen Bereichen wurde der Datenaustausch bisher nur teilweise oder überhaupt nicht umgesetzt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 c SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Absatz 5 c setzt der Prüfungsausschuss künftig den Erstattungsbetrag fest. Der Erstattungsbetrag wird von der Gesamtvergütung nach § 85 abgezogen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat einen entsprechenden Rückforderungsanspruch gegenüber dem Arzt, soweit dieser dadurch nicht wirtschaftlich gefährdet wird. Eine Erstattung an die berechtigten Krankenkassen erfolgt nicht.

B. Stellungnahme

Die Regelung, dass der Prüfungsausschuss künftig den Erstattungsbetrag bezogen auf die einzelne Krankenkasse festsetzt, ist zu begrüßen.

Das Verfahren der Geltendmachung des Erstattungsbetrages erscheint praktikabel und durchführbar.

Der Änderungsvorschlag kann akzeptiert werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 5 d SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Auf die Festsetzung eines Regresses wird verzichtet, wenn sich der Arzt verpflichtet, eine mit dem Prüfungsausschuss vereinbarte praxisbezogene Richtgröße einzuhalten. Ziel dieser Regelung ist, anstelle einer auf die Vergangenheit gerichteten Ausgleichspflicht eine für die Zukunft wirksame Begrenzung des Verordnungsvolumens der Arztpraxis zu gewährleisten.

B. Stellungnahme

Die geplante Neuregelung verkörpert den Grundsatz "Beratung vor Regress" und kann daher akzeptiert werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 6 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Angabe "§ 83 Abs. 2" wird durch die Angabe "§ 106a" ersetzt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, welche akzeptiert werden kann.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106 Abs. 7 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben die Rechtsaufsicht über die Prüfungsausschüsse und die Geschäftsstellen. Um das Verfahren kontrollieren zu können, wird eine Berichtspflicht eingeführt.

B. Stellungnahme

Die geplante Neuregelung verhilft zur Transparenz über die Entwicklung des Prüfgeschäftes und ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106a SGB V (Plausibilitätsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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.).

B. Stellungnahme

Die kassenseitige Forderung nach verbindlichen Rahmenvorgaben ist umgesetzt worden. Bundesweit einheitliche Prüfungen werden dadurch ermöglicht.

Die Krankenkassen werden durch die Prüfung der Leistungspflicht in die Verpflichtung der Plausibilitätsprüfungen eingebunden. Sie erhalten eine Verpflichtung zur Beibringung von Prüfunterlagen, werden aber an der Plausibilitätskontrolle aktiv nicht beteiligt. Insoweit wurde die schriftliche Anregung an das BMGS zur Beteiligung der Krankenkassen an dem Verfahren der Plausibilitätskontrollen als notwendiges Regulatorisch nicht aufgenommen. Die vorgesehene unverzügliche Information über die Durchführung und Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle wird als nicht ausreichend erachtet.

Ausdrücklich begrüßt wird aber die gemeinsame Festlegung von Maßnahmen im Falle von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen etc. als Bestandteil der Richtlinien.

C. Änderungsvorschlag

Abs. 3 wird Abs. 2.

Einfügen in Abs. 2 neu Satz 2 neu:

"Die Krankenkassen sind an dem Verfahren der Plausibilitätskontrollen zu beteiligen".

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 1 SGB V (Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Einführung eines Einzelvertragssystems für die ambulante fachärztliche Versorgung ab dem 1. Januar 2005 (s. Art. 25 Abs. 4). Krankenkassen oder ihre Verbände auf Landesebene haben zur Sicherstellung der bedarfsgerechten ambulanten und belegärztlichen fachärztlichen Versorgung einschließlich Notdienst (Ausnahme Augen- und Frauenärzte) Einzelverträge zu schließen mit:

- geeigneten Ärzten und Psychotherapeuten (gemäß § 95a oder c, s.d.),
- Gesundheitszentren, dessen Ärzte geeignet sind und die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister (gemäß § 95a oder c, s.d.) erfüllen – eine Eintragung selbst ist nicht erforderlich. Der Grundsatz des fachübergreifenden Arbeitens gilt nicht für Dialyseleistungen,
- geeigneten Krankenhausärzten bei Unterversorgung

Dies gilt nicht für die zahnärztliche Versorgung.

B. Stellungnahme

Die Übertragung des Sicherstellungsauftrags der ambulanten fachärztlichen Versorgung auf die Krankenkassen einerseits sowie die Implementierung wettbewerblicher Strukturen andererseits wird insoweit begrüßt, als

- die KVen sich auf das Kerngeschäft der primärärztlichen Versorgung konzentrieren können und sollen,
- die hausärztliche Tätigkeit innerhalb der KV an Bedeutung gewinnt,
- Kapazitäten im fachärztlichen Bereich über Einzelverträge bedarfsgerechter genutzt und organisiert werden können,
- ein Qualitätswettbewerb im fachärztlichen Bereich entsteht. Die Kassen kaufen nur diejenigen Leistungen ein, die den Nachweis eines bestimmten Qualitätsniveaus (siehe Fortbildungsnachweis) führen können,
- es entstehen flexiblere Strukturen in der hochspezialisierten Medizin, die auf Neuerungen zeitgerechter reagieren können.

Allerdings darf die Einführung neuer Vertragsstrukturen nicht zu finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen führen. Es ist daher unabdingbar, dass die Budgets in der (bisherigen) Regelversorgung abgesenkt werden bzw. eine Verrechnung erfolgt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Außerdem kann ein Einzelvertragssystem nur erfolgreich sein, wenn sichergestellt ist, dass Krankenkassen einen echten Vertragswettbewerb betreiben können. Dies muss zwingend einschließen, dass Krankenkassen zu einem Vertragsschluss mit Leistungserbringern nicht verpflichtet sind, sondern diesen unter Hinweis auf in ausreichendem Umfang vorhandene Kapazitäten verweigern können und das Sachleistungsprinzip nicht durch Kostenerstattungsregelungen ausgehöhlt wird. Sollte diese Ausschlussmöglichkeit nicht rechtssicher gegeben sein, ist der Übergang in ein Einzelvertragssystem abzulehnen, weil die für diesen Fall zu befürchtenden Kapazitätsausweitungen zu finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen führen würden.

C. Änderungsvorschlag

Die Öffnung der Krankenhäuser im fachärztlichen Bereich sollte nicht nur für den Fall von Versorgungslücken oder für einen Katalog hochspezialisierter Leistungen (§ 116b, s. d.) vorgesehen sein, sondern ausdrücklich für alle Fälle, in denen das Krankenhaus ambulante fachärztliche Leistungen qualitativ besser und/oder wirtschaftlicher anbieten kann. Die an die Vertragsärzte und Psychotherapeuten gestellten Anforderungen (z.B. Fortbildungsnachweise) müssen dann auch für die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser gelten.

Es ist daher in § 106b Abs. 1 folgende Ziffer 4. aufzunehmen:
"3. Geeignete Krankenhäuser auf der Grundlage von § 116b."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 2 SGB V (Ausschreibung der Einzelverträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass Aufforderungen zur Abgabe von Angeboten öffentlich unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien ausgeschrieben werden müssen. Dabei sind die Vorschriften des Vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (Ausnahme 2. Abschnitt) zu beachten. Es besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss von Seiten der Leistungserbringer. Die Verträge sollen verlängert werden, wenn der Bedarf besteht und die Qualitätsanforderungen eingehalten wurden.

Vertragsbestimmungen, die ausschließliche Bindungswirkungen von Leistungserbringern an Krankenkassen enthalten, sind unwirksam.

B. Stellungnahme

Der Regelung kann zugestimmt werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 3 SGB V (Inhalte der Einzelverträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Maßgeblich und verbindlich für die Inhalte der Verträge sind die Richtlinien der Bundesausschüsse nach § 92 (mit Ausnahme der Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 2 und 9; s.d.), die Regelungen des § 73 Abs. 4 und 5, des § 74 und die Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2; darüber hinaus ist die Ausgestaltung den Vertragspartnern überlassen. Auch gelten bei der Regelung der Vergütung die amtlichen Gebührenordnungen nicht.

Für Ärzte und Psychotherapeuten gilt die Altersgrenze des § 95 Abs. 7 Satz 3 (s.d.).

B. Stellungnahme

Der Regelung kann zugestimmt werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 4 SGB V (Fortbildungsnachweise)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungserbringer haben alle fünf Jahre einen Fortbildungsnachweis analog zu § 95d Abs. 1 zu erbringen (s.d.), andernfalls ist der Vertrag unter Fristsetzung von einem Jahr zu kündigen. Dieses gilt entsprechend für Gesundheitszentren und den dort angestellten Ärzten; nach Ablauf der Nachfrist ist hier der Vertrag insoweit zu kündigen als er sich auf die Erbringung durch Ärzte und Psychotherapeuten bezieht.

B. Stellungnahme

Der Regelung kann zugestimmt werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 5 SGB V (Sicherstellungsauftrag im Einzelvertragssystem)

A. Beabsichtigte Neuregelung

(Landes-)Verbände der Kassen und die Kassen selbst haben die Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Die Spitzenverbände legen hierzu gemeinsam und einheitlich bis zum 30. Juni 2004 die Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der Versorgung fest. Zu regeln sind insbesondere:

1. Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung, § 92 Abs. 7 b gilt entsprechend
2. Vorgaben für eine diskriminierungsfreie Ausschreibung und ein objektives Auswahlverfahren der Leistungserbringer
3. Vorgaben für Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen
4. Vorgaben für die Prüfung der Erfüllung der Fortbildungspflicht und
5. Vorgaben für die Eignung und Qualität der Ärzte und Psychotherapeuten.

B. Stellungnahme

Der Übergang des Sicherstellungsauftrags für die ambulante fachärztliche Versorgung auf die Krankenkassen wird begrüßt.

Es muss jedoch rechtlich geprüft werden, ob Vorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen ausreichend sind, um vertragswillige Leistungserbringer aus einem Einzelvertragssystem auszuschließen. Sollte diese Prüfung negativ ausfallen, ist zwingend eine Regelung zu finden, die dies sicherstellt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 6 SGB V (Unterversorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Werden Verträge mit Leistungserbringern nicht verlängert, müssen diese bis zu 6 Monaten die vertraglich vereinbarten Leistungen weiter erbringen, wenn
 - die Versorgung gefährdet ist und
 - die verlängerte Teilnahme an der Versorgung zumutbar ist.
2. Zur Vermeidung von Versorgungslücken können die Krankenkassen Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung schließen (§ 116a Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung, s.d.)

B. Stellungnahme

Die Überbrückungsregelung ist eine sinnvolle Maßnahme zur Vermeidung von Versorgungsengpässen.

Die Möglichkeit, Verträge mit Krankenhäuser zur Erbringung von ambulanter fachärztlicher Versorgung abschließen zu können, ist positiv, sollte sich aber nicht nur auf den Fall von Versorgungslücken beschränken (s. § 106b Abs.1).

C. Änderungsvorschlag

Vgl. § 106b Abs. 1.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 7 SGB V (Auswirkungen des Einzelvertrags auf Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wenn zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten Einzelverträge abschließen, endet ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für die Versicherten der vertragsschließenden Krankenkasse. Die Zulassung für die vertragsärztliche Versorgung beschränkt sich auf die Versorgung der Versicherten der "übrigen" Krankenkassen.

B. Stellungnahme

Notwendige Übergangsregelung für bereits zugelassene niedergelassene Fachärzte. Allerdings wäre eine zeitliche Begrenzung sinnvoll, um nicht dauerhaft eine ambulante fachärztliche Versorgung, die sowohl einzelvertraglich als auch kollektivvertraglich organisiert ist, zu führen.

C. Änderungsvorschlag

Setzung einer zeitlichen Befristung für die Übergangsregelung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 8 SGB V (Bereinigung von Gesamtvergütungen bei Optimierung für den Einzelvertrag)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wechselt ein Arzt aus dem Kollektivvertrag in einen Einzelvertrag, wird die Gesamtvergütung um den Honoraranteil des Arztes bereinigt (Rucksack-Prinzip).

B. Stellungnahme

Positiv ist die Festschreibung eines Bereinigungsverfahrens der Gesamtvergütung um den für die fachärztliche Versorgung bestimmten Betrag. Allerdings ist noch der Fall zu regeln, dass Krankenkassen zur Sicherstellung der Versorgung zusätzliche Ärzte unter Vertrag nehmen müssen. Da bis zum Inkrafttreten des Gesetzes die Sicherstellung insgesamt durch die Kassenärztliche Vereinigung mit der bis dahin vorhandenen Gesamtvergütung hätte geleistet werden müssen, muss auch in diesem Fall eine Anrechnung erfolgen.

Schließlich ist eine Budgetbereinigung auch für den Fall vorzusehen, dass Krankenkassen neue Ärzte unter Vertrag nehmen müssen.

C. Änderungsvorschlag

Die im Falle von Unterversorgung zusätzlich abzuschließenden Verträge mit Ärzten und Psychotherapeuten müssen auf die bestehende Gesamtvergütung angerechnet werden.

In § 106b wird folgender Absatz 10 angefügt:

"Wird zur Deckung der bedarfsgerechten Versorgung durch Krankenkassen mit einem Leistungserbringer ein Vertrag nach Absatz 1 neu abgeschlossen, ohne dass bei einem anderen Leistungserbringer die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wegen eines der in den Absätzen 8 und 9 genannten Gründe endet, gilt Absatz 8 entsprechend."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 9 SGB V (Bereinigung von Gesamtvergütungen bei Ende von Zulassungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Endet die Teilnahme eines Leistungserbringers an der vertragsärztlichen Versorgung nicht wegen Wechsels in das Einzelvertragssystem, sondern aus anderen Gründen (z.B. Tod, Wegzug), ist ebenfalls eine Budgetbereinigung vorzunehmen, die sich an der Systematik aus Absatz 8 orientieren soll. Voraussetzung ist, dass der bisherige Versorgungsumfang zukünftig über Einzelverträge gewährleistet wird.

B. Stellungnahme

Sinnvoller Vorschlag, der allerdings der konkreten Ausfüllung bedarf. Es wäre sinnvoll, wenn auch für diesen Sachverhalt die Spitzenverbände der Krankenkassen (ggf. im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) für diese Budgetbereinigung Vorgaben entwickeln.

C. Änderungsvorschlag

1. Zur Problematik des Abschlusses neuer Einzelverträge s. § 106b Abs. 8 SGB V
2. Zur Erarbeitung von Vorgaben zur Budgetbereinigung durch die Spitzenverbände:

§ 106b Abs. 5 wird in Satz 3 um folgende Ziff. 6 ergänzt:

"6. Vorgaben zur Budgetbereinigung gemäß Abs. 8, 9 und 10"

3. Ein redaktionelles Versehen in Absatz 9 ist zu beheben:
In § 106b Abs. 9 ist die Ziffer "6" jeweils durch die Ziffer "8" zu ersetzen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 106b Abs. 10 SGB V (Stichprobenprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflicht zur Qualitätsprüfung im Einzelfall wird im Einzelvertragssystem auf die Krankenkassen übertragen. Der notwendige Datenfluss hierfür ist in § 284 Abs. 1 Nr. 12 (s.d.) geregelt.

B. Stellungnahme

Mit der Übernahme des Sicherstellungsauftrags für die ambulante fachärztliche Versorgung ist es für die Krankenkassen notwendig, Qualitätsprüfungen durchführen zu können. Die Regelung ist daher eine logische Folgeregelung.

C. Änderungsvorschlag

Ergänzung der Formulierung um das Wort "...ambulante "fachärztliche" Versorgung..."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 108 SGB V (Zugelassene Krankenhäuser)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2007 soll der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Krankenhäusern entfallen, die im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.

B. Stellungnahme

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges entspricht einer langjährigen Forderung der Krankenkassen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 109 SGB V (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen erhalten im Jahr 2007 die Möglichkeit, die Versorgungsverträge der Krankenkassen anhand der Rahmenvorgaben nach § 109a SGB V (neu) zu überprüfen und Kündigungen oder Teilkündigungen auszusprechen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie die Rolle der Krankenkassen im Rahmen der Krankenhausplanung sinnvoll stärkt und damit ein Schritt in die richtige Richtung erfolgt.

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.

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.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 109a SGB V (Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesbehörden sollen im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf der Landesebene leistungsorientierte Rahmenvorgaben für den Abschluss der Versorgungsverträge beschließen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist die konsequente Ergänzung zur Neugestaltung des § 109 SGB V. Die Regelung ist sachgerecht und grundsätzlich zu begrüßen, da sie die Rolle der Krankenkassen sinnvoll stärkt und damit ein Schritt in die richtige Richtung erfolgt.

Die Rahmenvorgabe bildet den Handlungsspielraum der Kassenverbände 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.

Im Übrigen sind Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit vorgesehen. Es fehlt aber jegliche Transparenz hinsichtlich der Entgegennahme und/oder des Einsatzes von Drittmitteln. Das Krankenhaus müsste verpflichtet werden, diese offen zu legen. Betrug und Korruption im Krankenhaussektor kann sonst nicht aufgedeckt werden.

Hilfreich wäre in diesem Zusammenhang auch die Vereinheitlichung der Drittmittelrichtlinien.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 110 SGB V (Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kündigungsmöglichkeit von Versorgungsverträgen wird an das neue Verfahren angepasst.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die grundsätzlich positiv zu bewerten ist.

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.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 111b SGB V (Stellungnahme von Patientenvereinigungen zu Rahmenempfehlungen, Vorsorge-/Rehamaßnahmen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Vereinbarung von Rahmenempfehlungen wird zukünftig auch Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und sonstigen Betroffenen die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt.

B. Stellungnahme

Die bereits im SGB IX vollzogene stärkere Einbeziehung der Betroffenen wird nachvollzogen. Diese Entwicklung wird grundsätzlich begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 113 Abs. 4 SGB V (Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Dreiseitige Verträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gestrichen wird die einzelvertragliche Abdingung der Abrechnungsfristen der vor- und nachstationären Versorgung.

B. Stellungnahme

Die Streichung ist eine Folgeänderung der generellen Erweiterung des Zeitrahmens für die Abrechnung vor- und nachstationärer Behandlung in § 115a Abs. 2 SGB V. In dem erweiterten Rahmen besteht für einzelvertragliche Sondervereinbarungen kein Bedarf mehr.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 115a Abs. 2 SGB V (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist und der Umfang der nachstationären Behandlung werden erweitert. Auf der Landesebene können abweichende Regelungen zur vor- und nachstationären Behandlungen vereinbart werden.

B. Stellungnahme

Die Regelung soll dem Anliegen einer besseren Verzahnung Rechnung tragen. Im Rahmen der DRG-Vergütung ist diese Regelung unkritisch. Allerdings besteht die Gefahr einer Zunahme von Fahrkostenerstattungen, die die Krankenkassen bei der Ausweitung der vor- und nachstationären Behandlung übernehmen müssen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 115b Abs. 1 SGB V (Vergütung ambulanter Operationen mittels Fallpauschalen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung für das ambulante Operieren soll auf Fallpauschalen umgestellt werden. Der Leistungsinhalt der Fallpauschale ist zu regeln.

B. Stellungnahme

Ein Fallpauschalensystem für ambulante Operationen ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine logische Anbindung an das Fallpauschalensystem für stationäre Leistungen wäre wünschenswert. Die Bewertungshöhe hat sich am bisherigen Vergütungsniveau im ambulanten Sektor zu orientieren.

Allerdings können ambulante Operationen bereits jetzt nach Fallpauschalen vergütet werden, soweit sich die verschiedenen Partner darauf verständigen. Eine Einigung auf der Ebene der Selbstverwaltung konnte wegen unterschiedlicher auch finanzieller Interessen der Beteiligten erst kürzlich gefunden werden. Eine solche Einigung wird durch die gesetzliche Neuregelung nicht erleichtert. Es ist daher mit der ebenfalls vorgeschlagenen Anrufung des Bundesschiedsamtes oder mit der danach möglichen Ersatzvornahme zu rechnen.

C. Änderungsvorschlag

§ 115b Abs. 1 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort "Vertragsärzte" die Wörter ", bei ambulant durchführbaren Operationen in Form von Fallpauschalen in Anlehnung an das Krankenhausfinanzierungsgesetz unter Beachtung der sich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab ergebenden Vergütung," eingefügt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 115b Abs. 3 SGB V (Anrufung des Bundesschiedsamtes durch das BMGS)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Soweit eine Vereinbarung nach § 115b Abs. 1 (u.a. Vergütung ambulanter Operationen nach Fallpauschalen) nicht zustande kommt und kein Partner der Selbstverwaltung das Bundesschiedsamt anruft, erhält das BMGS das Recht, das Schiedsamt anzurufen.

B. Stellungnahme

Eine durch die vorgeschlagene Neuregelung erzwungene Entscheidung des Bundesschiedsamtes wird die Umsetzung der Regelungen zum ambulanten Operieren nicht befördern, da die zugrundeliegenden Interessenkonflikte nicht beseitigt werden.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 115b Abs. 4 SGB V (Ersatzvornahme ambulantes Operieren durch BMGS)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Regelungsinhalt des § 115b Abs. 4 entfällt. Dafür wird dem BMGS die Möglichkeit eingeräumt, vertragliche Regelungen im Bereich des ambulanten Operierens komplett oder teilweise mittels Ersatzvornahme zu schaffen.

B. Stellungnahme

Der Wegfall des bisherigen Absatz 4 würde bis zu einer Neuregelung des Bereichs die Tätigkeitsgrundlage der Krankenhäuser im ambulanten Operieren entfallen lassen. Absatz 4 ist deshalb beizubehalten.

Ersatzvornahmen können Lösungen der Selbstverwaltung nicht dauerhaft ersetzen, da sie in der Regel keinen Ausgleich der Interessenkonflikte bewirken.

C. Änderungsvorschlag

Streichung bzw. Weitergeltung des bisherigen § 115b Abs. 4.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 116 Satz 1 SGB V (Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 116 Satz 1 werden nach dem Wort "Versicherten" die Worte "in der hausärztlichen, der augen- oder frauenärztlichen Versorgung" eingefügt.

B. Stellungnahme

Redaktionelle Folgeregelung (korrespondiert mit § 73 Abs. 1 a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 116a SGB V (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Dieser Paragraph ist eng verknüpft mit dem § 106a Abs. 4 und 5 Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung (s.d.). Demnach dürfen Krankenhäuser bei Unterversorgung für die vertragsärztliche Versorgung – zeitlich befristet - ermächtigt werden.

B. Stellungnahme

Die Öffnung wird begrüßt, ist aber nicht weit reichend genug. Grundsätzlich sollte eine Öffnung für die ambulante fachärztliche Versorgung ermöglicht werden. Bei allgemeiner Unterversorgung kann diese dann auf die hausärztliche Versorgung - zeitlich befristet - erweitert werden.

C. Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschlag zu § 106a Abs. 5. Generelle Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung; bei Unterversorgung - zeitlich befristet - auch für die hausärztliche Versorgung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 116b, Abs. 2 SGB V (Ambulante Behandlung im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger vereinbaren einen Katalog ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen. Für diese Leistungen können mit zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 106b (s.d.) Verträge geschlossen werden.

B. Stellungnahme

Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulant durchführbare hochspezialisierte Leistungen wird grundsätzlich begrüßt, da es eine Flexibilisierung der Vertragsrechts bedeutet. Die vorgesehene Regelung kann aber nur eine Mindestregelung sein, die auf Spitzenverbandsebene gemeinsam und einheitlich vereinbart wird. Darüber hinaus sollten kassen- und krankenhauseinzelne Verträge zu weiteren Leistungen ermöglicht werden.

C. Änderungsvorschlag

Siehe auch Änderungsvorschlag zu § 106b. Krankenhäuser sollen generell für die fachärztliche Versorgung geöffnet werden. Daher Streichung des § 116b Abs. 2.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 117 SGB V (Hochschulambulanzen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch diese Neuregelung wird erreicht, dass nun nicht mehr der Zulassungsausschuss, der auch mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen besetzt ist, Hochschulambulanzen zur ambulanten ärztlichen Behandlung ermächtigt, sondern ein Vertrag mit den Kassenverbänden den Hochschulambulanzen die ambulante Behandlung ermöglicht.

B. Stellungnahme

Bereits durch die Einführung des Fallpauschalengesetzes zum 01.01.2003 wurde der direkte Vergütungsweg zwischen Hochschulambulanzen und Kassenverbänden vorgeschrieben (vgl. § 120 Abs. 2 SGB V). Die Leistungen der Hochschulambulanzen sind mit dem Zeitpunkt der Direktabrechnung nicht mehr Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Tatsache, den Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Zusammenhang noch die Rolle eines Vertragspartners zuzubilligen, wie dies durch den bisherigen § 117 Abs. 1 SGB V geschieht, ist ein Anachronismus.

Daher ist diese Neuregelung zu begrüßen und im Zuge des Übergangs des Sicherstellungsauftrags für fachärztliche Leistungen auf die Krankenkassen auch konsequent.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch diese Neuregelung wird erreicht, dass genauso wie bei Hochschulambulanzen, auch bei psychiatrischen Krankenhäusern die vertragliche Vereinbarung an die Stelle der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss tritt.

B. Stellungnahme

Die Parallelität in der Art und Weise des Vertragsabschlusses zur Neuregelung bei Hochschulambulanzen ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 118 Abs. 2 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Nach § 118 Abs. 2 SGB V sind Krankenkassenverbände verpflichtet, mit Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen Verträge über psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zu schließen.
2. Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen in einem Vertrag mit der DKG die Gruppe der psychisch Kranken fest, die wegen Ihrer Art, Schwere und Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Ambulanz bedürfen. Die KBV ist als Vertragspartner ausgeschieden.
3. Schließlich wird eine Schiedsstelle definiert, die aus Vertretern der Spitzenverbände und der DKG, zwei unparteiischen Mitgliedern und einem unparteiischen Vorsitzenden bestehen soll, die für den Fall der Nichteinigung den Vertragsinhalt festlegt.

B. Stellungnahme

1. Die Parallelität in der Art und Weise des Vertragsabschlusses mit psychiatrischen Krankenhäusern bzw. zur Neuregelung bei Hochschulambulanzen ist zu begrüßen.
2. Die KBV hat im Zusammenhang der Leistungen von Psychiatrischen Institutsambulanzen keine eigenständige Rolle mehr, daher ist es auch nur folgerichtig, sie bei der Festlegung des Personenkreises, der einer ambulanten Behandlung in einer solchen Einrichtung bedarf und als Akteur bei Schiedsverfahren, auszusparen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 119a SGB V (Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassenverbände sollen mit Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, Verträge über die ambulante ärztliche Behandlung von geistig behinderten Versicherten schließen.

B. Stellungnahme

Die o.g. Behinderten-Ambulanz soll als Kompetenzzentrum das Regelversorgungssystem in unterversorgten Regionen ergänzen und Betroffene, deren Angehörige und Betreuer sowie andere Einrichtungen der Behindertenhilfe beraten. Damit wurde dem Anliegen der Behindertenverbände Rechnung getragen, bestehende Zentren im Sinne von Ambulanzen zu nutzen.

Somit entstünde zusätzlich zur Regelversorgung ein weiteres Versorgungssystem, das von der GKV zusätzlich zu finanzieren ist. Das mögliche zusätzliche Finanzvolumen kann noch nicht einmal geschätzt werden, da nicht bekannt ist, wieviele derartige Einrichtungen existieren, mit denen auf Verlangen ein Vertrag zu schließen wäre.

Dies vor dem Hintergrund, dass eine Berücksichtigung des besonderen Betreuungsaufwandes eines Arztes, der einen geistig behinderten Patienten behandelt, auch über eine entsprechende Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab als Bestandteil der Regelversorgung möglich ist und in den Gesprächen der Behindertenverbände, Spitzenverbände der Krankenkassen und KBV zusammen mit dem BMGS auch diskutiert wurde.

Ferner ist die Patientengruppe nicht näher eingegrenzt, auf die die Behandlung ausgerichtet sein soll. Bei welcher Art der geistigen Behinderung bzw. bei welchem Schweregrad eine Behandlung vorzusehen ist, bleibt unklar. Ferner bleibt unklar, welche Qualifikationsanforderungen an die ärztliche Leitung einer solchen Behinderten-Ambulanz zu stellen ist.

Schließlich fehlt ein Hinweis auf den Sicherstellungsauftrag, der bei der Trägerorganisation der Behindertenambulanz liegen sollte.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 120 Abs. 3 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 125 Absatz 1 bis 3 SGB V (Rahmenempfehlungen und Verträge Heilmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Im Zusammenhang mit den Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln soll der Grundsatz der stärkeren Beteiligung der Versicherten durch die Verankerung des Rechtes ihrer Organisationen zur Stellungnahme bei der Erstellung und Änderung der Rahmenempfehlungen umgesetzt werden. Weiterhin wird der Regelungsumfang der Rahmenempfehlungen um den Bereich der Fortbildung von Heilmittelerbringern erweitert.

Absatz 2:

In den Verträgen über die Heilmittelversorgung sollen die Vertragspartner zukünftig auch die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer regeln. Darüber hinaus soll bei fehlendem Nachweis der Fortbildung dem Leistungserbringer die Zulassung entzogen werden. Dem Leistungserbringer ist jedoch vor dem Entzug der Zulassung eine angemessene Nachfrist von mindestens einem Jahr für den Nachweis einzuräumen.

Neben den Verbänden der Krankenkassen sollen zukünftig die einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, mit einzelnen Leistungserbringern Verträge über Preise unterhalb der zwischen den Verbänden geschlossenen Verträge abzuschließen. Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden.

Absatz 3:

Neu geregelt wird ein Informationsrecht der Ärzte und Versicherten über Einzelverträge der Krankenkassen im Heilmittelbereich sowie die vereinbarten Preise. Weiterhin wird ein Leistungserbringer zur Information des Versicherten verpflichtet, wenn er keinen Einzelvertrag mit der jeweils leistungspflichtigen Krankenkasse des Versicherten abgeschlossen hat.

B. Stellungnahme

Absatz 1:

Um das Verfahren der Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Interessenvertretung von Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe transparent

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

und rechtssicher zu machen, sollte ein formales Antragsverfahren zur Anerkennung der Anhörungsberechtigung etabliert werden.

Unter Qualitätsgesichtspunkten ist zu begrüßen, dass die Partner der Rahmenempfehlungen verpflichtet werden, die Fortbildung von Heilmittelerbringern bundeseinheitlich zu regeln.

Absatz 2:

Vor dem Hintergrund der bundeseinheitlichen Beitragssätze sollte für die Ersatzkassen die Möglichkeit vorgesehen werden, auch auf der Bundesebene Verträge mit Heilmittelerbringern zu schließen. Die erweiterten Vertragsmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen werden begrüßt. Die Einführung eines Ausschreibungsverfahrens stärkt das Vertragsprinzip auf Kassenebene. Kritisch zu sehen ist jedoch die zwingende Vorgabe eines Ausschreibungsverfahrens im Fall des Vertragsabschlusses der Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern. Die Ausschreibungsmöglichkeit sollte im Hinblick auf Verwaltungsaufwände im Ermessen der Krankenkassen stehen.

Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist die Verpflichtung der Vertragspartner zur Vereinbarung von Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer zu begrüßen. Bisher haben die Leistungserbringer bereits für die Zulassung für bestimmte Leistungen (z.B. Manuelle Therapie), die vertiefte Kenntnisse erfordern, eine Fortbildung nachzuweisen. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, erfolgt keine Zulassung zur Abgabe der betreffenden Leistung. Zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung ist eine gesetzliche Verpflichtung zur vertraglichen Regelung dieser Fortbildungserfordernisse wünschenswert.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Formulierung des § 125 Abs. 2 lässt vermuten, dass darüber hinausgehend zusätzlich eine generelle kontinuierliche, fachliche Fortbildung der Heilmittelerbringer (vergleichbar der zukünftig geforderten Fortbildung bei Ärzten) vertraglich geregelt werden soll. Aufgrund der Unterschiede der derzeit gestellten und zukünftig verlangten Fortbildungsanforderungen besteht Präzisierungsbedarf im Hinblick auf den Inhalt der Fortbildung im Gesetzestext.

Der Zulassungsentzug bei fehlendem Nachweis der Fortbildung ist unter Berücksichtigung der Gesetzessystematik nicht in § 125 Abs. 2 SGB V, sondern in § 124 Abs. 6 SGB V zu regeln.

Absatz 3:

Folgeänderung zur Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

§ 125 Absatz 1 wird um einen Satz 5 ergänzt:

"Die Anhörungsberechtigung ist durch die betroffenen Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und sonstigen Betroffenen schriftlich gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu beantragen."

§ 125 Absatz 2:

"Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer. In den Verträgen ist auch die Fortbildung zur Erhaltung und Fortentwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse zu regeln. Weiterhin bestimmen die Vertragspartner Leistungen, vor deren Abgabe eine weitergehende Fortbildung nachgewiesen werden muss, sowie die Inhalte der notwendigen Fortbildungen. Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität schließen."

Als Folgeänderung der Streichung des Satzes 2 und 3 in § 125 Absatz 2 wird der § 124 Abs. 6 Satz 1 SGB V nach den Worten "nicht mehr erfüllt" wie folgt ergänzt:

"[...] oder die in den Verträgen gem. § 125 Abs. 2 Satz 2 SGB V geregelte Fortbildung nicht nachweist."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 127 Absatz 1 bis 3 SGB V (Verträge Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Die Neuregelung sieht vor, dass die Verbände der Krankenkassen zukünftig keine Verträge mit Einzelanbietern mehr schließen können. Diese Möglichkeit bleibt damit ausschließlich der einzelnen Krankenkasse vorbehalten. Weiterhin ist vorgesehen, dass die Krankenkassenverbände nur dann Verträge schließen, wenn für Hilfsmittel keine Festbeträge festgesetzt worden sind oder festgelegt werden können. Im Gesetzestext wird darüber hinaus der Wiedereinsatz als ein vertraglicher Regelungstatbestand explizit aufgenommen.

Absatz 2:

Es wird das Recht der einzelnen Krankenkasse zum Abschluss von eigenständigen Verträgen geregelt. Hierzu soll die Aufforderung der Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden.

Absatz 3:

Es wird eine Informationspflicht der Krankenkassen über kasseneigene Verträge gegenüber den Versicherten und Ärzten festgeschrieben. Weiterhin werden die Leistungsanbieter dazu verpflichtet, den Versicherten darüber zu unterrichten, wenn sie keinen Einzelvertrag mit der Krankenkasse des Versicherten geschlossen haben.

B. Stellungnahme

Absatz 1:

Mit der Neuregelung soll das Vertragsprinzip auf Kassenebene gestärkt werden. Im Vergleich zur derzeitigen Vertragspraxis führen die neuen Regelungen jedoch zu einer Einschränkung der Vertragsmöglichkeiten. Die derzeitige Regelung, dass sowohl die Verbände der Krankenkassen als auch die Krankenkassen mit den einzelnen Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge schließen können, trägt zu einer effizienten und effektiven Vertragsstruktur innerhalb der Kassenarten bei. Die Krankenkassen und ihre Verbände sind durch die derzeitige Regelung in § 127 Abs. 1 SGB V in ihrer Entscheidung frei, die Verhandlungen über Hilfsmittel nach internen Wettbewerbsaspekten und verhandlungsökonomischen Überlegungen, ggf. differenziert nach Produktbereichen zu gestalten. Diese Möglichkeiten würden durch die vorgesehene Neuregelung deutlich eingeschränkt. Im Gegensatz zur vorgesehenen Einschränkung der Vertragsmöglichkeiten der Verbände sollte für die Ersatzkassen - auch vor dem Hintergrund der bundeseinheitlichen Beitragssätze - die erweiterte

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Möglichkeit vorgesehen werden, auch auf der Bundesebene Verträge mit Hilfsmittel-anbietern schließen zu können.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Zulassungen nach § 126 SGB V in vielen Fällen auf der Grundlage von individuellen Verträgen mit dem betreffenden Leistungsanbieter erteilt werden. Somit muss den Verbänden der Krankenkassen - bei Aufrechterhaltung der Zulassung - auch weiterhin die Möglichkeit des Abschlusses von Verträgen mit Einzelanbietern gegeben werden.

Entgegen der vorgesehenen Formulierung in § 127 Abs. 2 SGB V werden Verträge mit Hilfsmittelanbietern nicht nur im Falle der Nicht-Festsetzung von Festbeträgen geschlossen. Grundsätzlich ist bei der Zulassung nach § 126 SGB V von jedem Hilfsmittelanbieter eine vertragliche Vereinbarung anzuerkennen, die die Einzelheiten der Versorgung einschließlich der Qualitätsanforderungen und Vergütungsgrundlage regelt. D. h. die Krankenkassen schließen mit jedem Anbieter einen Versorgungsvertrag, der eine Preisvereinbarung, einen Verweis auf Festbeträge oder eine Kostenvoranschlagsregelung als Vergütungsbasis enthält. Die vorgesehene Neuregelung von § 127 SGB V ist somit an die Anforderungen des § 126 Abs. 1 SGB V anzupassen. Darüber hinaus muss es den Verbänden der Krankenkassen möglich sein, auch bei bestehenden Festbeträgen Vertragspreise bis zur Höhe des Festbetrages abschließen zu können.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass auch die Neuregelung in § 127 SGB V den Kontrahierungszwang für die Krankenkassen weiterhin aufrecht erhält und damit dem mit der Reform verfolgten Ziel der Steigerung des Qualitätswettbewerbs und der daraus resultierenden Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Hilfsmittelversorgung entgegensteht. Der Kontrahierungszwang der Krankenkassen im Hilfsmittelbereich verhindert die Nutzung von wettbewerblichen Spielräumen auf der Anbieterseite, da die Mengenkomponekte eines Vertrages aufgrund fehlender Steuerungsmöglichkeiten bei den Krankenkassen für den Anbieter nicht kalkulierbar ist. Darüber hinaus führt der Kontrahierungszwang zu einer erheblichen Intransparenz des Hilfsmittelmarktes. In der Konsequenz können bestehende Wirtschaftlichkeitspotenziale vielfach nicht genutzt werden.

Ein Preisdumping ist auch bei Wegfall des Kontrahierungszwanges nicht zu befürchten, da gerade der Anbieterwettbewerb auf der Basis der im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V definierten Qualitätsanforderungen zu wirtschaftlichen Preisen bei hoher Qualität führt. Zur nachhaltigen Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Hilfsmittelversorgung muss den Krankenkassen daher, wie z. B. in den §§ 106b Abs. 2 und 109 Abs. 2 SGB V vorgesehen, auch im Hilfsmittelbereich die Auswahlfreiheit der Vertragspartner eingeräumt werden. Bei einem daraus folgenden Wegfall der Zulassung nach § 126 SGB V sind Mindestanforderungen an die Leis-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

tungsanbieter als Qualitätsstandards produktgruppenbezogen in das Hilfsmittelverzeichnis zu integrieren.

Absatz 2:

Die Neufassung übernimmt das geltende Recht für die einzelne Krankenkasse, eigenständig Verträge zu schließen. Die Regelung eines Ausschreibungsverfahrens ist im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Hilfsmitteln grundsätzlich sinnvoll und stärkt das Vertragsprinzip auf Kassenebene. Gleichzeitig wird jedoch der Druck auf die Krankenkassen zu Abschlüssen von Verträgen durch das Ausschreibungsverfahren erhöht, damit wird der bislang noch bestehende Kontrahierungszwang "zementiert". Die Intention des Gesetzes, die Qualität zu verbessern, wird durch Ausschreibungsverfahren u.U. nicht zielführend umgesetzt werden können.

Absatz 3:

Die Information der Versicherten über kostengünstige Vertragspartner im Hilfsmittelbereich erfolgt bereits heute. Insofern stellt der neue Absatz 3 eine Festschreibung der bereits gelebten Praxis dar. Anders als im Heilmittelbereich ist die Information im Hilfsmittelbereich ohne zusätzliche Aufwände möglich, da Hilfsmittelversorgungen in der Regel auf der Grundlage von Versorgungsanzeigen oder Kostenvoranschlägen vorgenommen werden. Die Krankenkassen erhalten somit bereits zu Beginn der Versorgung Kenntnis über die Hilfsmittelverordnung und können somit mit ihren Bewilligungsschreiben den Versicherten über kostengünstige Anbieter informieren. Eine über den konkreten Versorgungsfall hinausgehende Informationsverpflichtung gegenüber Ärzten und Versicherten muss aus Aufwandsgründen auf Anfragen begrenzt werden.

Die Information des Versicherten über einen fehlenden Einzelvertrag mit der Krankenkasse des Versicherten durch den Leistungserbringer ist nur sinnvoll, wenn die Krankenkasse des Versicherten eigenständige Verträge über das verordnete Hilfsmittel abgeschlossen und der vom Versicherten ausgewählte Leistungserbringer hierüber Kenntnis hat. Die bloße Information, dass der ausgewählte Leistungserbringer über keinen Einzelvertrag verfügt, wird zu einer Verunsicherung der Versicherten führen. Die Information der Versicherten über kasseneigene Verträge sollte daher ausschließlich durch die Krankenkassen erfolgen.

C. Änderungsvorschlag

Streichung des § 126 SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

§ 127 SGB V wird wie folgt gefasst:

"(1) Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Festbeträge oder, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können, über Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen so wie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer. Sind Festbeträge festgelegt, können sich Leistungserbringer in Verträgen bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen oder zu niedrigeren Beträgen abzugeben.

(2) Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern schließen. Bestehen Verträge nach Abs. 1, können die Krankenkassen Vereinbarungen zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach Absatz 1 treffen.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben gemeinsam mit den vertragsschließenden Kassen ihrer Kassenart eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung mit Hilfsmitteln auf der Basis der Qualitätsstandards des Hilfsmittelverzeichnis (§ 128) sicherzustellen.

(4) Die Krankenkassen müssen die Versicherten sowie die Ärzte über die Leistungserbringer von Hilfsmitteln, mit denen sie eine Vereinbarung gem. Absatz 1 oder 2 geschlossen haben, sowie über die vereinbarten Preise auf Anfrage informieren."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 128 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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.

B. Stellungnahme

Um das Verfahren der Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Interessenvertretung von Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe transparent und rechtssicher zu machen, sollte ein formales Antragsverfahren zur Anerkennung der Anhörungsberechtigung etabliert werden.

Die bisher vorgesehene Aufnahme der Festbeträge oder Vertragspreise in das (bundeseinheitliche) Hilfsmittelverzeichnis hat sich als unzweckmäßig erwiesen.

C. Änderungsvorschlag

"(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam erstellen ein Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht umfassten Hilfsmittel aufzuführen sowie die Qualitätsanforderungen an die Leistungsanbieter zu definieren. Das Hilfsmittelverzeichnis ist regelmäßig fortzuschreiben. Das Hilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(2) Vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses ist den Spitzenorganisationen der betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Anhörungsberechtigung ist durch die betroffenen Organisationen schriftlich gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu beantragen."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 129 SGB V (Verträge mit Apotheken)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung, dass auch für nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegende Arzneimittel (z. B. Impfstoffe) die gesetzlichen Rahmenbedingungen des SGB V gelten (z. B. Rabatt nach § 130 SGB V). Darüber hinaus wird die Möglichkeit für Kassen oder Verbände eröffnet, individuelle Preisverhandlungen mit einzelnen Apotheken zu führen, wenn Arzneimittel entweder im Versandwege oder im Rahmen von § 130b abgegeben werden. Darüber hinaus wird für Importe ein Preisabstand von 10 % und 2 € festgeschrieben, mit der Option in der Rahmenvereinbarung auf Spitzenverbandsebene mit dem DAV auch davon abweichende Regelungen treffen zu können. Künftig sollen auch Packungsgrößen gleicher Zuzahlungsstufe als austauschbar gelten im Rahmen der Aut-idem-Regelung. Bei der Berechnung der Preislinien für Aut-idem-Präparate werden nur noch solche mit einem Preis von mehr als 90 % oberhalb des Originalpräparates berücksichtigt, wenn deren Verordnungsanteil über 10 % liegt.

Es erfolgt eine ausdrückliche Zuweisung der Verhandlungen für Preise von Rezeptur Arzneimitteln (Hilfstaxe) an die Landesebene.

B. Stellungnahme

Die Neuregelungen berücksichtigen zum einen jahrelange Forderungen von Kassen- und versuchen gleichzeitig die im Rahmen der Aut-idem-Regelung des AABG quasi per Gesetz geschaffenen Schlupflöcher wieder zu schließen. Inwieweit sich hieraus konkrete Auswirkungen auf das Arzneimittelpreisniveau ergeben, muss individuell an jeder einzelnen Aut-idem-Gruppe geprüft werden.

Die Zuweisung der Verhandlung der Hilfstaxe an die Landesebene ist insoweit problematisch, als dort kein Schiedsamt vorgesehen ist, wohingegen bei der bisherigen Verhandlung auf Bundesebene zwischen DAV und Spitzenverbänden eine Schiedsamt-lösung ausdrücklich vorgesehen ist und bei der letzten Neufassung auch eingeschaltet wurde.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 129a SGB V (Verträge mit Krankenhausapotheken)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung zur Änderung von § 14 Apothekengesetz; d. h. Ermächtigung zur Führung von Preisverhandlungen zwischen Kassen und Verbänden mit einzelnen Krankenhausträgern inklusive der verpflichtenden Übermittlung von Abrechnungsdaten nach § 300 SGB V.

B. Stellungnahme

Eine entsprechende Regelung wurde im Rahmen der Änderung des § 14 Apothekengesetz versäumt und ist insbesondere vor dem Hintergrund des fehlenden Kontrahierungszwanges zu begrüßen, d.h. erst wenn ein Abrechnungsvertrag unterzeichnet ist, darf auch beliefert werden. Sowie ausdrückliche Verpflichtung, Daten gemäß Rahmenvertrag nach § 300 SGB V zu liefern.

Die derzeitige Formulierung ist zu überarbeiten, da nicht klar wird, dass es sich ausschließlich um die ambulante Versorgung der Versicherten handelt und eine „Abgabe an Versicherte“ durch Krankenhausapotheken nach dem Gesetz über das Apothekenwesen nicht zulässig ist.

C. Änderungsvorschlag

Die Krankenkassen oder ihre Verbände vereinbaren mit dem Träger des zugelassenen Krankenhauses das Nähere über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapotheke an Institutsambulanzen für die ambulante Versorgung der Versicherten, insbesondere die Höhe.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 130 SGB V (Apothekenrabatt)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der bis zum 31.01.2002 geltende Rabatt in Höhe von 5 % wird wieder eingeführt. Dieser gilt allerdings für weiterhin verordnungsfähige, nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel nur bis zur Vereinbarung neuer Vertragspreise nach § 129 Abs. 5. Danach erfolgt keine prozentuale Rabattgewährung (5 %) mehr, sondern 2 € je Packung als Folgeänderung von Artikel 16 (Arzneimittelpreisverordnung, s. dort).

B. Stellungnahme

Aufgrund der Einführung eines Fixzuschlages für Apotheken kann eine prozentuale Rabattregelung nicht bestehen bleiben. Gleichzeitig bleibt so jedoch ein Preisvorteil für die GKV gegenüber der PKV erhalten.

C. Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu Artikel 16.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 130a Abs. 10 neu SGB V (Rabattvereinbarung mit Herstellern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen von § 130 a Abs. 8 rabattierte Produkte können in Form einer Liste den Ärzten bekannt gemacht werden. Eine etwaige verstärkte Verordnung dieser Produkte kann zusätzlich außerhalb der ärztlichen Gesamtvergütung honoriert werden.

B. Stellungnahme

Dient der Steuerung der ärztlichen Verordnung hin zu rabattierten Produkten. Ob diese jedoch insgesamt preiswerter sind (Generika versus Originalanbieter) ist fraglich. Hersteller werden jedoch Rabatte sicherlich von einer Bekanntgabe an Ärzte abhängig machen. Durch Einzelfallabwägung muss geprüft werden, ob Einsparungen durch vom Hersteller gewährte Rabatte höher sind als ein evtl. niedrigerer Abgabepreis eines Generikums. Derartige Absprachen sind nur auf Kassenebene zulässig.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 130b SGB V (Rabatte für Arzneimittel in vereinbarten Versorgungsformen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Erstellung einer eigenen Positivliste, die ausgeschrieben wird und so Grundlage für Rabattverhandlungen mit Herstellern wird. Neben der Krankenkasse können auch die Vertragspartner nach § 140b Abs. 2 diese Vereinbarung schließen.

B. Stellungnahme

Durch die Liberalisierung der Preisvereinbarung wird die Entwicklung zukünftig schwer überschaubar. Neben der Kasse können diese Vereinbarungen auch unselbstständige oder selbstständige Eigeneinrichtungen der Kassen schließen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 132a Abs. 1 und 2 SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte vor. Danach sollen Vereinigungen von Patienten, behinderten Menschen und sonstigen Betroffenen ihr Sachkompetenz und ihre Erfahrungen in die zutreffenden Rahmenempfehlungen einbringen.

Darüber hinaus sollen Maßnahmen der Qualitätssicherung und Regelungen über die Fortbildung der Leistungserbringer in die Rahmenempfehlungen aufgenommen werden, die bei Nichterfüllung - nach vorangegangener Einräumung einer angemessenen Nachfrist von mindestens einem Jahr - zu vertragsrechtlichen Konsequenzen führen sollen.

Weiterhin ist zur Konfliktlösung - dies gilt insbesondere bei den Verträgen mit den einzelnen Leistungserbringern - die Verpflichtung zur Einschaltung einer unabhängigen Schiedsperson vorgesehen.

B. Stellungnahme

Die Stärkung der Patienten- bzw. Verbraucherrechte ist u.a. ein Kerngehalt des Gesetzentwurf. Darüber hinaus übernimmt der Entwurf eine Regelung, die im Pflegeversicherungsgesetz bereits vollzogen ist. Die Verpflichtung zur Festlegung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung der Leistungserbringer entspricht den Forderungen der Ersatzkassen und ist daher zu begrüßen. Gerade auch an diesen Punkten scheiterte bisher eine freiwillige Lösung auf Selbstverwaltungsebene.

Die vorgesehene Einschaltung einer unabhängigen Schiedsperson wird abgelehnt. Die Lösung von Konflikten ist Aufgabe der Vertragspartner.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 135 Abs. 1 SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Abs. 1 SGB V wird durch die im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Änderung der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten (BBBP) als antragsberechtigt für den Bundesausschuss aufgenommen.

B. Stellungnahme

Aufgrund des Antragsrechts des BBBP ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Anträge um ein Vielfaches höher sein wird als in der Vergangenheit. Die Priorisierung der Beratungsthemen obliegt den Partnern des Bundesausschusses. Jedoch ist zu erwarten, dass der BBBP direkt oder über das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin (DZQM) Einfluss auf die Priorisierung nehmen wird. Um eine Überlastung des Bundesausschusses (und des DZQM) zu vermeiden, ist ein solches Antragsrecht abzulehnen. Sollte es bei dem Antragsrecht bleiben, muss in jedem Fall sichergestellt werden, dass auch die Anträge des BBBP den Richtlinien des Bundesausschusses zu den Antragsvoraussetzungen unterliegen.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarungen zur Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem neu angefügten Satz 4 können die Vertragspartner nach Satz 1 abweichend von Satz 2 zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören.

B. Stellungnahme

Satz 4 ermächtigt die Partner der Bundesmantelverträge, Regelungen zur Erbringung von medizinisch-technischen Leistungen zu treffen, nach denen diese Leistungen nur von den Ärzten erbracht werden dürfen, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Die neue Regelungskompetenz in Satz 4 lockert die enge Bindung an das landesrechtliche Weiterbildungsrecht, indem es den Vertragspartnern ermöglicht, die Durchführung dieser technischen Leistungen auf die Fachärzte zu konzentrieren, für die diese Leistungen nicht nur zum Rand, sondern zum Kern ihres Fachgebietes gehören, d. h. für ihr Gebiet wesentlich und prägend sind, wenn dadurch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Erbringung dieser Leistungen verbessert wird. Mit dieser Regelungskompetenz wird den Vertragspartnern eine Leistungssteuerung ermöglicht. (Bundessozialgerichtsurteil vom 31. Januar 2001 - Az: B6KA 24/00 R). Diese Regelung dient sowohl der Gesundheit der Versicherten als auch der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 135a Abs. 2 SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, beim internen Qualitätsmanagement zusätzlich auch die Erbringer ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen einzubeziehen.

B. Stellungnahme

Derzeit sind die Erbringer von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation (ambulant und stationär) verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (externe Qualitätssicherung) zu beteiligen. Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements besteht derzeit nur für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht.

Grundsätzlich ist die Erweiterung der Verpflichtung zu einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung oder einrichtungsinternem Qualitätsmanagement auf die Einrichtungen nach § 111a SGB V zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 136 SGB V (Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Hier sind im Wesentlichen zwei Aspekte geändert worden.

Zum einen werden die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, sich aktiv am Prozess der Qualitätssicherung zu beteiligen in Form der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dabei sind Ziele und Ergebnisse der Maßnahmen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Zum anderen wird die Stichprobendefinition in den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verlagert.

B. Stellungnahme

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die in der Vergangenheit sehr intransparent durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 136 SGB V (Stichprobendefinition) transparent und nachvollziehbar gemacht werden. Daher ist die Verpflichtung zur jährlichen Veröffentlichung und Dokumentation zu begrüßen. Die Regelung, die Stichprobendefinition in den Bundesausschuss zu verlagern, ist zu begrüßen, da auf diese Weise die sehr unterschiedliche Handhabung in der föderalen KV-Struktur vereinheitlicht werden kann. Als zusätzlich positive und im Sinne der Qualitätssicherung als sinnvoll anzusehende Veränderung ergibt sich dadurch, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der bisher lediglich die Kriterien erarbeitet hat, nun auch Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung des Prüfungsverfahrens hat.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 136a SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im § 136a ist vorgesehen, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen neben den verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (extern; Bundesmantelverträge § 135a Abs. 2 SGB V) nun auch grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement formuliert.

B. Stellungnahme

Die Erweiterung der Kompetenz des Bundesausschusses durch die Neuformulierung des § 136a ist grundsätzlich zu begrüßen. Durch die Formulierung von grundsätzlichen Anforderungen sind die Initiativen der einzelnen KVen als auch der einzelnen Einrichtungen durch bundeseinheitliche Vorgaben grundsätzlich gleichmäßig ausrichtbar.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 136b SGB V (Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat durch die Ergänzung der bestehenden QS-Regelungen zukünftig auch die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement in den Richtlinien festzulegen.

B. Stellungnahme

Diese Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Allerdings werden sich nach dem Wortlaut der Begründung die zukünftigen Richtlinien wahrscheinlich auf grundlegende Mindestanforderungen zum einrichtungswartungsinternen QM beschränken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1 § 137b SGB V (Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität in der Medizin)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In der Zusammensetzung der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität in der Medizin sieht der Gesetzentwurf nun auch eine Aufnahme des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten vor.

B. Stellungnahme

Die Aufnahme des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten in die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) ist lediglich eine konsequente Fortführung der Implementierung des Bundesbeauftragten in die entsprechenden Gremien. In der Arbeitsgemeinschaft ist die Aufnahme auch dadurch eingeschränkt, dass ein Hinzuziehen lediglich dann vorgesehen ist, wenn die speziellen Belange berührt sind.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 137c SGB V (Ausschuss Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Umsetzung von Empfehlungen des Zentrums in Beschlüsse des Ausschusses Krankenhaus kann das BMGS dem Ausschuss Krankenhaus eine Frist setzen. Im Gesetzentwurf wird das BMGS ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates einen Beschluss des Ausschusses Krankenhaus aufzuheben und eine Entscheidung zu dem Regelungsbereich zu treffen, wenn der Beschluss darauf beruht, dass eine Empfehlung des Zentrums nicht berücksichtigt wurde oder wenn der Ausschuss seiner Verpflichtung nach Satz 1 nicht nachgekommen ist. Mit anderen Worten kann das BMGS unter den genannten Voraussetzung einen Beschluss des Ausschusses Krankenhaus durch eine Regelung im Wege der Rechtsverordnung ersetzen.

B. Stellungnahme

Der Ausschuss Krankenhaus wird bisher nicht als Bundesausschuss bezeichnet.

Änderungen im bestehenden § 137c und Gesetzesregelungen für das Zentrum tangieren und beschränken Arbeitsweise und Autonomie des Ausschusses Krankenhaus.

Der Ausschusses Krankenhaus ist nicht mehr frei in seiner Themenauswahl und Arbeitsplanung.

Die Beschlüsse des Ausschuss Krankenhaus können durch Rechtsverordnung des BMGS "nach Belieben" aufgehoben werden. Eigene Entscheidungen durch Rechtsverordnung des BMGS sind möglich.

C. Änderungsvorschlag

Der Ausschuss Krankenhaus sollte in Bundesausschuss Krankenhaus umbenannt werden.

Streichung des § 137c Abs. 3 SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 1, § 137d SGB V (Qualitätsmanagement Vorsorge- und Rehabilitations-
einrichtungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 137d Abs. 2 werden nach der Angabe "§ 135a Abs. 2" die Wörter "sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement" eingefügt.

B. Stellungnahme

Die Ergänzung des Absatzes 2 um die Worte "sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement" schafft eine Gleichstellung der Leistungserbringer der ambulanten Vorsorge und Rehabilitation mit den stationären Anbietern, die bereits nach Absatz 1a zur Vereinbarung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagements sowie der Festschreibung der grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement verpflichtet sind.

Die Gleichstellung ist grundsätzlich sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 137e Abs. 2 SGB V (Koordinierungsausschuss)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Abstimmungsverhalten im Koordinierungsausschuss wird im Absatz 2 mit einer Beschlussfassung mit der Mehrheit der Mitglieder festgesetzt.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen, da durch die Änderungen in § 137e Abs. 2 die Beschlussfassung im Koordinierungsausschuss einheitlich geregelt und die Handlungsfähigkeit des Gremiums gestärkt wird.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Empfehlungen zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme sollen künftig im Koordinierungsausschuss mit Stimmenmehrheit beschlossen werden. Hierdurch soll verhindert werden, dass ein einzelnes Mitglied des Koordinierungsausschusses eine Beschlussfassung verhindern kann.

Der Bezug auf die Kriterien nach § 137e Abs. 3 Nr.1 wird aufgehoben.

Die Bundesärztekammer bekommt Gelegenheit zur Stellungnahme (Änderung in §137f Abs. 2 Satz 5).

B. Stellungnahme

Die Änderung des Abstimmungsmodus im Koordinierungsausschuss in Bezug auf die Disease Management Programme gemäß der Neufassung des §137f Abs. 2 Satz 1 ist zu begrüßen.

Der Bezug auf die Kriterien nach § 137e Abs. 3 Nr.1 sollte erhalten bleiben, um die Harmonisierung zwischen den Kriterien und den strukturierten Behandlungsprogrammen zu gewährleisten.

Das der Bundesärztekammer eingeräumte Recht zur Stellungnahme ist akzeptabel.

C. Änderungsvorschlag

Streichung der Änderung des § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139 SGB V (Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden verpflichtet, spätestens sechs Monate, nachdem ein Hersteller alle zur Prüfung erforderlichen Unterlagen vorgelegt hat, über die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis zu entscheiden.
- b) Zukünftig sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Empfehlungen für einheitliche Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung von Hilfsmittelanbietern abgeben.

B. Stellungnahme

- a) Der Entscheidungsprozess zur Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 128 ist in der Regel innerhalb von 6 Monaten möglich, wobei die Verfahrensdauer aber auch von den Merkmalen des angemeldeten Produktes abhängt. Ein höherer – über 6-monatiger - Prüfaufwand ist z.B. auch dann zu erwarten, wenn das Produkt untrennbar mit einer speziellen Behandlungsmethode verbunden ist und dementsprechend gemäß Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 31.08.2000 – B 3 KR 21/99 R -) auch eine Bewertung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V erforderlich wird.
- b) Zur Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung gehört nicht nur die Festbeschreibung von Qualitätskriterien an die Produkte, sondern auch die Definition von Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer. Vor diesem Hintergrund sollten Mindestanforderungen an die Leistungserbringer durch die Spitzenverbände der Krankenkassen im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V produktgruppenspezifisch empfohlen werden. Eine detaillierte und umfassende Regelung der Qualität der Hilfsmittelversorgung im Hilfsmittelverzeichnis sollte die derzeit im Gesetz vorgesehene Zulassung nach weniger spezifischen Kriterien ersetzen und somit zu einer Streichung des § 126 SGB V führen. Darüber hinaus sollte vor dem Hintergrund des angestrebten Qualitätswettbewerbs jedoch auch den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit eingeräumt werden, über die Mindeststandards hinausgehende Qualitätsanforderungen in Verträgen mit Leistungsanbietern zu regeln.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

- a) Auf die vorgeschlagene Neuregelung ist zu verzichten. Alternativ kommt eine Ergänzung dahingehend in Betracht, dass der 6-Monatszeitraum zu verlängern ist, sofern ein zureichender Grund (Anmerkung: vgl. § 88 Abs. 1 SGG) für eine längere Prüfungszeit vorliegt. In diesen Fällen ist der Hersteller über die voraussichtliche Bearbeitungszeit zu informieren.
- b) § 139, Absatz 3:
"Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geben im Hilfsmittelverzeichnis (§ 128) Empfehlungen für einheitliche Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln, die die Qualität der Versorgung und den Versorgungsablauf umfassen, ab. Darüber hinaus können die Krankenkassen oder ihre Verbände mit den Vertragspartnern in Verträgen weiter gehende Qualitätsanforderungen vereinbaren."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139a SGB V (Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ein deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin (DZQM) wird als fachlich unabhängige rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechtes errichtet.

Maßgebliche Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens sollen als Mitglieder eines Kuratoriums bei der Aufgabenerfüllung des Zentrums mitwirken.

B. Stellungnahme

Die Trägerschaft des DZQM bleibt in der aktuellen Formulierung des §139a offen. Die Möglichkeit, dass damit eine weitere nachgeordnete Bundesbehörde (wie DIMDI, BfArM) geschaffen wird, ist abzulehnen.

Grundsätzlich sollte die Trägerschaft des Zentrums im Gesetz geregelt werden.

C. Änderungsvorschlag

Als Trägerorganisationen sind die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung (Spitzenverbände der Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassen(zahn-)ärztliche Bundesvereinigung) festzulegen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139b SGB V (Aufgaben)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 139b SGB V wird dem Zentrum eine Aufzählung von unterschiedlichen Aufgaben zugeschrieben. Schwerpunktmäßig sind dies die Informationsbereitstellung für Bürgerinnen und Bürger, die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien und pflegerischen Standards, wissenschaftliche Ausarbeitungen zu Fragen der Qualität, Empfehlungen an die Bundesausschüsse und den Ausschuss Krankenhaus zu Regelungsinhalten von Richtlinien sowie die Abgabe von Empfehlungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen über Referenzarzneimittel zur Festbetragsfestsetzung nach § 35b Abs. 6. Das Zentrum ist aufgefordert, seine Arbeitsprozesse öffentlich zu machen. Aufgaben des Zentrums, die einer Aktualisierung bedürfen, sind vom Zentrum regelmäßig zu überarbeiten.

B. Stellungnahme

Grundsätzlich ist die im § 139b formulierte Herstellung von Transparenz über die Arbeiten des Zentrums gegenüber Bürgerinnen und Bürgern zu begrüßen. Gleiches gilt für die vorgesehene Aktualisierung der jeweiligen Ergebnisse.

Die umfassende Bereitstellung von Informationen über Diagnostik und Therapie in der Medizin als Aufgabe des Zentrums, wie in §139b Abs. 1 Nr. 1b formuliert, ist jedoch nicht sinnvoll erfüllbar.

Die Erstellung evidenzbasierter Leitlinien und pflegerischer Standards durch das Zentrum läßt bisher völlig offen, wie die damit notwendigerweise verbundene Implementierung aussehen soll. Für anstehende Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung reicht es aus, die Wissensgrundlagen im Sinne einer "Wissensagentur" zur Verfügung zu stellen. Dies wäre auch der entscheidende Schritt zur Effizienzsteigerung dieser Gremien.

Die in den Aufgaben formulierte Möglichkeit, Empfehlungen abzugeben, ist zu konkretisieren. Für die Beschlüsse der Selbstverwaltungsgremien bedarf es der Bereitstellung des jeweils vorhandenen Wissens. Eine Interpretation und Vorwegnahme einer Entscheidung ist abzulehnen. Empfehlungen des Zentrums, die aus einer nicht nachvollziehbaren Vermengung von wissenschaftlichem Inhalt und politischer Bewertung bestehen, sind für die Beschlussgremien nicht verwertbar. Die politische und versorgungspolitische Bewertung muss den Selbstverwaltungsgremien vorbehalten bleiben.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

Die abschließende Beschreibung der Aufgaben des Zentrums sollte lauten:

1. Empfehlungen auf evidenzbasierter Grundlage an den Koordinierungsausschuss, den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen und den Ausschuss Krankenhaus
2. Aufarbeitung des Wissensstandes über Arzneimittel und Referenzarzneimittel zur Auswertung von Evaluationsdaten nach Zulassung ("vierte Hürde").
3. Bürger- und versichertengerechte Darstellung der wesentlichen Ergebnisse aus Punkt 1. und 2.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139c SGB V (Zusammenarbeit mit den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 139c SGB V sieht vor, dass die Bundesausschüsse und der Ausschuss Krankenhaus die Empfehlungen des Zentrums bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen haben. Dies gilt auch für Themen, die nicht durch die Ausschüsse selbst aufgegriffen werden.

Eine Abweichung der Beschlüsse von den Empfehlungen des Zentrums ist zu begründen.

Für die Planung im Zentrum ist eine Übermittlung der Prüfanträge und Arbeitspläne der Gremien an das Zentrum vorgesehen.

Für den Fall, dass das Zentrum einem Ausschuss eine Empfehlung vorlegen will, wird dem Zentrum zur Erarbeitung dieser Empfehlung eine Sechs-Monats-Frist eingeräumt. Sollte nach dieser Frist eine Empfehlung des Zentrums nicht vorliegen, ist eine Entscheidung der Ausschüsse auch ohne eine Empfehlung möglich.

B. Stellungnahme

In § 139c SGB V wird der Versuch unternommen, die Arbeitsprozesse der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus gegenüber dem Zentrum transparent zu machen.

Die Festschreibung einer starren Frist von sechs Monaten wird dem unterschiedlichen Bearbeitungsbedarf der Themenfelder nicht gerecht. Darüber hinaus ist dieser Frist noch die notwendige Bearbeitungszeit in den Gremien hinzuzurechnen. Es ist daher zu erwarten, dass bei zu starren Fristen Effizienzsteigerungen nicht zum Tragen kommen oder sich die Prozesse verlängern. Es bleibt völlig offen, wie mit Ergebnissen des Zentrums umzugehen ist, wenn diese trotz vorgegebener Frist mit einer Verzögerung in den Gremien zur Verfügung gestellt werden. Unsinnig wäre, wenn die Einarbeitung der Empfehlungen des Zentrums in einem fortgeschrittenen Beratungsprozess der Gremien geschieht und damit zusätzlich zu Verzögerungen führt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Die im §139c geregelte Übermittlungspflicht der Ausschüsse ist nicht sinnvoll, da es in deren Entscheidungskompetenz liegen muss, ob eine unterstützende Vorbereitung durch das Zentrum sinnvoll ist.

C. Änderungsvorschlag

Die bisherigen Erfahrungen aus den Beratungen der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus legen nahe, von einer starren Frist von sechs Monaten Abstand zu nehmen. Sinnvoll scheint, Fristen zwischen den Ausschüssen und dem Zentrum abhängig von dem zu erarbeitenden Sachverhalt zu vereinbaren, wenn die Ausschüsse den Bedarf einer Vorbereitung durch das Zentrum haben.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139d SGB V (Aufgabendurchführung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Zentrum kann gegen kostendeckendes Entgelt auch im Auftrag von Dritten wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen erbringen.

Das BMGS kann das Zentrum mit Arbeiten nach §139b Abs. 1 beauftragen, die mit Vorrang zu bearbeiten sind.

Das Kuratorium kann dem Zentrum Vorschläge für die Arbeiten nach § 139b Abs. 1 unterbreiten.

Die Möglichkeit der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus, dem Zentrum Arbeiten zu unterbreiten, sind eingeschränkt auf die Punkte § 139b Abs. 1 Nr. 3 bis 5.

Für die Abarbeitung der Aufgaben nach § 139b Abs. 1 ist eine Arbeitsgruppenstruktur mit externen wissenschaftlichen Sachverständigen und praktischem Erfahrungswissen vorgesehen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen haben mögliche Interessenkonflikte offen zu legen.

Darüber hinaus sind wissenschaftliche Forschungsaufträge extern zu vergeben. Eine Beauftragung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information durch das Zentrum ist vorgesehen.

B. Stellungnahme

Die in § 139d geregelte Möglichkeit des BMGS, eigene Arbeitsaufträge vorrangig bearbeiten zu lassen, ist abzulehnen.

Die in Abs. 2 und 3 dem Kuratorium, den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus eingeräumte Möglichkeit, dem Zentrum Vorschläge zu unterbreiten, wird durch die Vorfahrtsregelung des BMGS und die Möglichkeit bezahlter Gutachten für Dritte durchführen zu können, unbedeutend. Es ist daher davon auszugehen, dass es bei fehlender Mitsprache der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Priorisierung im Zentrum zu keiner Effizienzsteigerung in den Beschlussgremien kommen wird.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Die Kommerzialisierung des Zentrums ergibt sich aus der Möglichkeit, Gutachten für Dritte gegen Bezahlung durchzuführen. Die dadurch beim Zentrum vorliegenden Ergebnisse schaffen bei der vorhandenen Vorgabekompetenz des BMGS nach §139b Abs. 1 Nr. 4 die Gefahr der Kommerzialisierung im Vorfeld der Entscheidungen der Beschlussgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Durch politischen Druck auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wird das BMGS gedrängt werden, seine weitgehende Vorgabekompetenz (§139b Abs. 1 Nr. 4) gegenüber den Selbstverwaltungsgremien zur Anwendung zu bringen, um so die durch Drittmittelfinanzierung (z.B. Pharmaindustrie, Hilfsmittelhersteller) vorgelegten Erkenntnisse als Empfehlungen in der Versorgung zu verankern. Damit ist es möglich, durch die Finanzierung eines Gutachtens und politischer Einflussnahme Partikularinteressen durchzusetzen.

Die in Absatz 5 beschriebene Externalisierung der Aufgabenbearbeitung in Arbeitsgruppen und wissenschaftlichen Forschungsaufträgen ist grundsätzlich sinnvoll. In die gesetzlichen Vorgaben sollten jedoch explizite Regelungen über die Auftragsabwicklung sowohl struktureller als auch inhaltlicher Form aufgenommen werden, um dem Neutralitätsanspruch des Zentrums gerecht zu werden. Dies kann z. B. die uneingeschränkte Berücksichtigung evidenzbasierter Prinzipien bei der Auftragsvergabe sein. Grundsätzlich ist eine interne Auftragsbearbeitung durch eigene Kapazitäten des Zentrums aus zeitökonomischen Gründen zu ermöglichen. Die 6-Monatsfrist bei der Abstimmung mit den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus lässt eine aufwändige "externe" Auftragsabwicklung in der Regel nicht zu. Eine Einschaltung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information scheint bei sinnvollen Aufgabenstellungen berechtigt.

C. Änderungsvorschlag

Die in Absatz 1 beschriebene vorrangige Berücksichtigung von Aufträgen und Arbeiten aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ist zu streichen.

§139d Abs. 4 sollte entfallen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139e SGB V (Direktorin und Direktor)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das BMGS beruft, auf 5 Jahre befristet, eine Direktorin sowie ihre Stellvertreterin. Das Kuratorium gibt für deren Berufung eine Empfehlung ab.

Weitere Details des Anstellungsverhältnisses, die zu berücksichtigenden Aspekte der Unabhängigkeit und von Interessenkonflikten werden aufgeführt.

B. Stellungnahme

Die Berufung und das Anstellungsverhältnis der Direktorin und der Stellvertreterin durch das BMGS verdeutlichen den staatlichen Einfluss auf das Zentrum. Die Möglichkeit des Kuratoriums, eine Empfehlung abgeben zu können, ist im Hinblick auf dessen Zusammensetzung eher als Pseudobeteiligung der im Kuratorium beteiligten Organisationen zu werten.

Die Regelungen im Absatz 4 und 5 lassen vermuten, dass es sich um eine nachgeordnete Behörde des BMGS (wie z.B. DIMDI, BfArM) handelt.

Für die Direktorin und ihre Stellvertreterin fehlt eine Regelung zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

Eine Befristung des Arbeitsverhältnisses auf bis zu 5 Jahre mit der Verlängerungsoption fördert Abhängigkeit und verhindert Unabhängigkeit gegenüber dem BMGS.

C. Änderungsvorschlag

Die Berufung der Direktorin und der Stellvertreterin sollte durch die Träger des Zentrums (SPIK, KBV, KZBV, DKG) erfolgen.

Regelungen zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses der Direktorin und der Stellvertreterin sollten ergänzt werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139f SGB V (Wissenschaftlicher Beirat)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der § 139f SGB V sieht einen Wissenschaftlichen Beirat, der sich aus fünf unabhängigen Wissenschaftlern und jeweils einem Stellvertreter zusammensetzt, vor. Dieser wird vom BMGS berufen. Auch diese haben ihre möglichen Interessenkonflikte offen zu legen. Die Mitgliedschaft im Wissenschaftlichen Beirat kann unter bestimmten Bedingungen seitens des BMGS - im Benehmen mit dem Kuratorium - entzogen werden.

B. Stellungnahme

Es ist nicht zu erwarten, dass selbst bei ausgewogener Zusammenstellung des Beirats die notwendige Expertise vorgehalten werden kann, die für eine wissenschaftliche Bewertung notwendig wäre. Es ist daher eher davon auszugehen, dass es sich nicht um einen Wissenschaftlichen Beirat im klassischen Sinne handelt. Vielmehr wird hier unter dem Deckmantel der Wissenschaftlichkeit versucht, politische Einflussnahme zu realisieren.

C. Änderungsvorschlag

Die Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats sollte flexibel auf die wissenschaftliche Aufgabenstellung ausgerichtet sein. Eine Einbindung in politische Entscheidungsprozesse sollte vermieden werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139g SGB V (Direktorium)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Direktorium besteht aus Direktorin und Stellvertreterin sowie dem Wissenschaftlichen Beirat und soll die Erfüllung der Aufgaben nach §§ 139b bis d sicher stellen.

Vorsitz und Abstimmungsregelung bei Stimmengleichheit werden festgelegt.

Vorsitzende ist die Direktorin, die bei Stimmengleichheit den Ausschlag gibt.

B. Stellungnahme

Den Ausschlag bei Stimmengleichheit der Direktorin zu geben, macht - im Hinblick auf ihren befristeten Arbeitsvertrag - staatsnahe Entscheidungen wahrscheinlich. Die Einbeziehung des Wissenschaftlichen Beirats in das Direktorium führt dazu, dass dieser seiner neutralen - der Wissenschaft verantwortlichen - Rolle nicht gerecht werden kann. Die Teilnahme des Beirats an den Entscheidungen des Direktoriums führt die Funktion eines beratenden wissenschaftlichen Beirats ad absurdum.

Dies ist ein weiterer Schritt, Politik durch Pseudowissenschaftlichkeit eine höhere Überzeugungswirkung zu verleihen.

C. Änderungsvorschlag

Der Wissenschaftliche Beirat sollte eine beratende Funktion erhalten.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139h SGB V (Kuratorium)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 139h Abs. 1 SGB V wird die Zusammensetzung des Kuratoriums mit einer Vielzahl von Organisationen aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens beschrieben. Insbesondere das BMGS ist Mitglied des Kuratoriums.

Das Kuratorium soll das Zentrum bei der Erfüllung seiner Aufgaben beraten.

Das Kuratorium entscheidet über die Auswahl und Prioritätensetzung der Aufgaben entsprechend § 139b Abs. 1 Nr. 1 - 5 unter Beachtung der vorgelegten Prüfanträge und Arbeitspläne der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus. Das dem BMGS obliegende Auftragsrecht bleibt unberührt.

B. Stellungnahme

In der jetzigen Zusammensetzung des Kuratoriums - mit einer unübersehbaren Vielzahl und einer unsäglichen Heterogenität der Mitglieder – sind Einigungsprozesse unmöglich.

Das in §139d Abs. 1 beschriebene "Vorfahrtsrecht" des BMGS unterläuft die ohnehin schwierige Aufgabenpriorisierung und -gestaltung des Kuratoriums und ist daher abzulehnen.

Die stimmberechtigte Mitgliedschaft des BMGS im Kuratorium steht im Widerspruch zur Führung der Rechtsaufsicht des BMGS gemäß § 139j.

C. Änderungsvorschlag

Bei der Zusammensetzung des Kuratoriums ist nur eine beschränkte und ausgewählte Anzahl an Organisationen aufzunehmen.

Das BMGS sollte nicht Mitglied im Kuratorium sein.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139i SGB V (Satzung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Direktorin erlässt eine Satzung für das Zentrum, wobei dem Kuratorium Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Die Satzung bedarf der Genehmigung des BMGS im Einvernehmen mit dem BMF und ist im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

Als Inhalte soll die Satzung nähere Bestimmungen für verschiedene Bereiche enthalten.

B. Stellungnahme

Die Ausgestaltung der näheren Bestimmungen zu den genannten Bereichen kann nicht alleine der Direktorin und dem genehmigenden BMGS im Einvernehmen mit dem BMF überlassen werden.

Als einer der Satzungsinhalte wird die Zusammenarbeit der Organe des Zentrums erwähnt. Die Organe des Zentrums werden nicht in den §§ 139a - I definiert.

C. Änderungsvorschlag

Die Satzung des Zentrums sollte von der Direktorin vorbereitet werden. Die Verabschiedung kann nur den Trägerorganisationen (SPIK, KBV, KZBV, DKG) obliegen. Das BMGS ist Aufsichtsbehörde.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139j SGB V (Aufsicht)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Zentrum untersteht der Rechtsaufsicht des BMGS.

B. Stellungnahme

Durch die Beteiligung des BMGS als Mitglied im Kuratorium und seine Rolle als bevorzugter Auftraggeber lässt die gleichzeitige Funktion als Aufsicht fraglich erscheinen

C. Änderungsvorschlag

Die Beteiligung des BMGS am Zentrum sowie die bevorzugte Rolle als Auftraggeber ist zugunsten einer klaren Aufsichtsfunktion aufzulösen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139k SGB V (Haushaltsplan)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Direktorium stellt einen Haushaltsplan für das Zentrum auf, in dem die voraussichtlichen Ausgaben und Einnahmen ausgewiesen sein sollen. Der Haushaltsplan bedarf der Genehmigung des BMGS im Benehmen mit dem BMF.

Das Zentrum erhält zum Ausgleich des genehmigten Haushaltsplans Zuschüsse des Bundes nach Maßgabe des jeweiligen Haushaltsplanes des Bundes.

B. Stellungnahme

Die Formulierungen in §139k zur finanziellen Ausstattung des Zentrums sind unklar. Die grundsätzliche Bereitschaft, das gesamte Zentrum aus Steuermitteln zu finanzieren ist konsequent, wenn es sich um ein staatliches Institut handelt, das jedoch von den Ersatzkassen abgelehnt wird.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 139I SGB V (Übergangsregelung zur kommissarischen Leitung des Zentrums)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Dem BMGS wird das Recht eingeräumt, eine Person zu beauftragen, das Zentrum bis zur erstmaligen Berufung des Direktors und seines Stellvertreters zu führen.

Das BMGS stellt einen vom BMF zu genehmigenden Haushalt für das Jahr 2004 auf.

B. Stellungnahme

Es ist nicht klar, warum das BMGS, welches ohnehin die endgültige Berufung vornimmt, in § 139I zusätzlich die Kompetenz zur Bestellung der kommissarischen Leitung des Zentrums regelt.

C. Änderungsvorschlag

Der § 139I SGB V sollte gestrichen werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140a Abs. 1 SGB V (Integrierte Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Abweichend vom 4. Kapitel können Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge über eine sektorenübergreifende oder interdisziplinäre Versorgung schließen. Der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 ist hierfür eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen ergeben sich nicht mehr aus den Rahmenvereinbarungen, sondern aus dem individuellen Vertrag.

B. Stellungnahme

Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt. Der Fokus wird auf den Kern der Integrierten Versorgung gelegt: Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Einzelverträge außerhalb des Sicherstellungsauftrags. Integrierte Versorgung wird nicht im Rahmen des Kollektivvertragssystems durchgeführt. Damit kann die Integrierte Versorgung als "alternative Regelversorgung" umgesetzt werden.

Der Sicherstellungsauftrag der KVen gilt in der integrierten Versorgung nicht. Damit entfallen auch Rahmenvereinbarungen, die die jeweiligen Schnittstellen zwischen integrierter und herkömmlicher Versorgung regeln.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140b Abs. 1 SGB V (Vertragspartner in der integrierten Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Verträge zur integrierten Versorgung können nun auch geschlossen werden mit:

- einzelnen Vertrags(zahn)ärzten, sonstigen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften
- Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
- Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zugelassene Leistungserbringer anbieten

Kassenärztliche Vereinigungen sind als potentielle Vertragspartner nicht vorgesehen.

B. Stellungnahme

Der Kreis der potentiellen Vertragspartner wird damit erweitert; so können die Kassen Verträge mit "Managementgesellschaften" über die Durchführung einer integrierten Versorgung abschließen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140b Abs. 2 SGB V (Eigeneinrichtungen zur integrierten Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können zur Durchführung der integrierten Versorgung Eigeneinrichtungen - auch mit eigenem Personal - gründen.

B. Stellungnahme

Der Vorschlag wird als weitere Vertragsoption begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140b Abs. 4 SGB V (Beitragssatzstabilität in der integrierten Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nicht für Verträge zur integrierten Versorgung, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden.

Weiterhin wird der Zulassungsstatus innerhalb der integrierten Versorgung gelockert. Es obliegt den Beteiligten, den bestehenden Zulassungsstatus abzuändern, wenn es dem Sinn der integrierten Versorgung entspricht. Die vertragliche Aneignung eines fremden Zulassungsstatus ist nicht möglich

B. Stellungnahme

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird in der Startphase einer integrierten Versorgung ausdrücklich durchbrochen. Damit wird den Vertragspartnern die Chance gegeben, das unternehmerische Risiko eingehen und die finanziellen Mittel (Anfangsinvestitionen) einsetzen zu können.

Allerdings ist zweifelhaft, ob die Vorschrift ausreicht, um in relevantem Umfang Anreize zu schaffen, die integrierte Versorgung mit Leben zu erfüllen. Durch fehlende Vorschriften zur Budgetbereinigung bzw. -anrechnung stellen Aufwände für integrierte Versorgungsformen zunächst einmal Zusatzinvestitionen mit hohem Risiko dar, die trotz des fehlenden Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zunächst aus Beiträgen der Mitglieder aufgebracht werden müssen.

Die Aufweichung des Zulassungsstatus wird begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140b Abs. 5 SGB V (Beitrittsrechte zur integrierten Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Dritte können Verträgen zur integrierten Versorgung nur mit Zustimmung aller Vertragspartner beitreten.

B. Stellungnahme

Positiv; die bisherigen Beitrittsregelungen ergaben sich lediglich aus der ungeklärten Frage des Sicherstellungsauftrags (Beitritt KV) und der gemeinsam und einheitlich zu verfassenden Rahmenvereinbarung (Beitritt anderer Kassen). Durch den Wegfall dieser Vorschriften ist auch das Beitrittsrecht unnötig geworden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140c Abs. 1 SGB V (Vergütung in der integrierte Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Änderung Satz 2: Die Wörter "der einbezogenen Leistungen" werden ersetzt durch die Wörter "des vertraglichen Versorgungsauftrags".
- b) Aus der Vergütung sind sämtliche durch den Versicherten in Anspruch genommene Leistungen des vertraglichen Versorgungsauftrags zu vergüten. Dazu zählt auch die Inanspruchnahme von nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, wenn dies durch den jeweiligen Vertrag abgedeckt ist (z.B. durch Überweisung).

B. Stellungnahme

Die inhaltliche Klarstellung in Bezug auf die zu vergütenden Leistungen innerhalb der integrierten Versorgung wird grundsätzlich begrüßt. Es stellt sich allerdings die Frage der praktischen Umsetzung.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140d Abs. 1 SGB V (Bereinigung der Gesamtvergütung für die integrierte Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die ursprünglichen Vorgaben der Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung werden vollständig gestrichen. Statt dessen regelt dieser Absatz nun in erweiterter Form die Frage der Finanzierung der integrierten Versorgung, die ursprünglich in § 140f enthalten gewesen ist.
- b) Die Partner der Gesamtverträge haben die Gesamtvergütung nach Zahl, Risiko- und Morbiditätsstruktur der Versicherten gemäß des nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrags zu bereinigen. Bei Nicht-Einigung kann das Schiedsamt angerufen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Streichung der Regelungen zu den Rahmenvereinbarungen wird begrüßt.
- b) Keine zufriedenstellende Lösung. Verträge zur integrierten Versorgung können bei der Frage der Budgetabsenkung erheblich behindert werden, da
 - über den Umfang und Inhalt des Leistungspakets und damit dem zu bereinigenden Volumen Konflikte entstehen werden (Vorwurf der Rosinenpickerei)
 - eine angemessene rechnerische Bereinigungsformel fehlt.
 - eine Lösung der in jedem Fall vorprogrammierten Konflikte über die Schiedsämter nicht erfolversprechend ist.

C. Änderungsvorschlag

1. Vorgabe einer Bereinigungsformel.
2. Etablierung eines besonderen Schlichtungsverfahrens, z.B. analog zu Anlage 3 der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140d Abs. 2 SGB V (Bereinigung der Ausgabenvolumina Arznei-/Heilmittel für die integrierte Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die ursprünglichen Vorgaben der Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung werden vollständig gestrichen (vgl. § 140d Abs. 1).
- b) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 (Arznei- und Heilmittel) haben die Ausgabenvolumen im Rahmen der integrierten Versorgung entsprechend der Zahl, Risiko- und Morbiditätsstruktur rechnerisch zu bereinigen.

B. Stellungnahme

- a) Die Streichung wird begrüßt (vgl. § 140d Abs. 1).
- b) Analog zu Abs. 1 ist dies keine zufriedenstellende Lösung, da auch hier eine angemessene rechnerische Bereinigungsformel fehlt.

C. Änderungsvorschlag

Vorgabe einer Bereinigungsformel.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140e SGB V (Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung eröffnet den Kassen die Möglichkeit, zur Versorgung ihrer Versicherten mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages Verträge zu schließen.

B. Stellungnahme

Mit Blick auf die europäische Integration erscheint die Neuregelung akzeptabel. Sie dürfte in erster Linie in grenznahen Gebieten zum Tragen kommen.

Allerdings ist sicherzustellen, dass Zahlungen auf der Grundlage dieser Verträge auf die in Deutschland geltenden Budgetregelungen angerechnet werden (vgl. hierzu Vorschlag zur Änderung des § 85 Abs. 1 SGB V).

Der alleinige Bezug 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.

C. Änderungsvorschlag

Ergänzung der Überschrift und des Textes um ", in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz".

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140f SGB V (Bereinigung, Ausgleiche)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Verschiebung der ursprünglichen Inhalte des § 140f "Bereinigung, Ausgleiche" in erweiterter Form nun in den § 140d Abs. 1 und 2 SGB V.

B. Stellungnahme

Der Verschiebung kann zugestimmt werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140g SGB V (Bonus in der integrierten Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der Bonusregelung.

B. Stellungnahme

Die Streichung wird begrüßt. Vgl. hierzu auch § 62a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 140h SGB V (Auswertung in der integrierten Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung.

B. Stellungnahme

Der Streichung kann zugestimmt werden, da es sich lediglich um eine "Kannregelung" gehandelt hat.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 144 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V (Freiwillige Vereinigung von Ortskrankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass Fusionen von Ortskrankenkassen durch Beschluss der Verwaltungsräte auch dann möglich sind, wenn sich der Bezirk der vereinigten Ortskrankenkasse über ein Bundesland hinaus erstreckt. Damit würden die bislang für solche Vereinigungen notwendigen Staatsverträge der beteiligten Länder entbehrlich und Vereinigungen erleichtert.

Verlagerung der Zuständigkeit für die Genehmigung solcher Fusionen an die nach der Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde, welche dann im Einvernehmen mit den vor der Vereinigung zuständigen Behörden zu entscheiden hat.

B. Stellungnahme

Regelungen stellen eine Angleichung der organisationsrechtlichen Vorschriften der Ortskrankenkassen an die Vorschriften der übrigen Kassenarten dar.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 147 Abs. 2 SGB V (Personalkosten bei Betriebskrankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Übergang der Beschäftigungsverhältnisse vom Arbeitgeber auf die Betriebskrankenkasse bis spätestens 31.12.2004; Neueinstellungen kann bereits ab 01.01.2004 nur noch die Betriebskrankenkasse vornehmen.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie entspricht der langjährigen Forderung der Ersatzkassen nach Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen für alle Kassenarten.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 147 Abs. 3 SGB V (BKK-Errichtung durch Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Norm verhindert die Errichtung neuer Betriebskrankenkassen durch Leistungserbringer oder ihre Verbände, z.B. durch Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften, Krankenhäuser etc.

B. Stellungnahme

Regelung wird begrüßt, sie entspricht einer langjährigen Forderung der Ersatzkassen. Bei Krankenkassen, die von Vertragspartnern der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet und verwaltet werden, ist der Grundsatz der Gegnerfreiheit berührt. Denn in diesen Fällen überlagern Einkommensinteressen der in der Selbstverwaltung vertretenen Leistungserbringer das Grundinteresse einer Krankenkasse an qualitativ hochwertigen Leistungen zu möglichst geringen Kosten.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 148 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Anhörung der AOK bei BKK-Errichtung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der obligatorischen Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen bei der Errichtung von Betriebskrankenkassen.

B. Stellungnahme

Gegen Streichung der Norm bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 149 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Ausdehnung von Betriebskrankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit, bestehende Betriebskrankenkassen auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers auszudehnen, wird auf traditionelle (geschlossene) Betriebskrankenkassen beschränkt.

B. Stellungnahme

Regelung wird begrüßt; eine Ausdehnung geöffneter Betriebskrankenkassen, die ihre Bindung an den ursprünglichen Arbeitgeber aufgegeben haben, auf weitere Betriebe des ursprünglichen Trägerunternehmens macht keinen Sinn.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 150 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Zuständige Aufsicht bei Vereinigung von Betriebskrankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Verlagerung der Zuständigkeit für die Genehmigung von Fusionen auf die nach der Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde; Angleichung an die (neue) Regelung für Fusionen von Ortskrankenkassen.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zur Neufassung des § 144 Abs. 1 Satz 2 SGB V sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 155 Abs. 4 SGB V (Haftung des Arbeitgebers bei Öffnung einer BKK)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Arbeitgeber hat bestehende Verpflichtungen zum Zeitpunkt des Öffnungsbeschlusses einer bislang traditionellen (geschlossenen) Betriebskrankenkasse binnen 6 Monaten auszugleichen.

B. Stellungnahme

Gegen die Neuregelung bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 155 Abs. 5 SGB V (Fonds zur Erfüllung der Haftungsverpflichtungen der Verbände)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Bildung von Fonds der Landesverbände sowie des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtungen nach Abs. 4.

B. Stellungnahme

Neuregelung ist sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 157 Abs. 3 SGB V (IKK-Errichtung durch Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Norm verhindert die Errichtung weiterer Innungskrankenkassen von Leistungserbringern oder ihrer Verbände, z.B. für Betriebe des Gesundheitshandwerks (Zahntechniker o.a.).

B. Stellungnahme

Regelung wird begrüßt, sie entspricht einer langjährigen Forderung der Ersatzkassen. Bei Krankenkassen, die von Vertragspartnern der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet und verwaltet werden, ist der Grundsatz der Gegnerfreiheit berührt. Denn in diesen Fällen überlagern Einkommensinteressen der in der Selbstverwaltung vertretenen Leistungserbringer das Grundinteresse einer Krankenkasse an qualitativ hochwertigen Leistungen zu möglichst geringen Kosten.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 158 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Anhörung der AOK bei IKK-Errichtung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der obligatorischen Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen bei der Errichtung von Innungskrankenkassen.

B. Stellungnahme

Gegen Streichung der Norm bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 159 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Anhörung der AOK bei IKK-Ausdehnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der obligatorischen Anhörung der betroffenen Ortskrankenkassen bei der Ausdehnung von Innungskrankenkassen.

B. Stellungnahme

Gegen Streichung der Norm bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 160 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Zuständige Aufsicht bei Vereinigung von Innungskrankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Verlagerung der Zuständigkeit für die Genehmigung von Fusionen auf die nach der Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde; Angleichung an die (neue) Regelung für Fusionen von Ortskrankenkassen.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zur Neufassung des § 144 Abs. 1 Satz 2 SGB V sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 1, § 164 Abs. 1 SGB V (Haftung der Innung bei Öffnung einer IKK /
Fonds zur Erfüllung der Haftungsverpflichtungen der Verbände)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Innung hat bestehende Verpflichtungen zum Zeitpunkt des Öffnungsbeschlusses einer bislang traditionellen (geschlossenen) Innungskrankenkasse binnen 6 Monaten auszugleichen.

Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Bildung von Fonds der Landesverbände sowie des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtungen nach den Sätzen 4 und 5.

B. Stellungnahme

Die Neuregelungen sind sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 168a Abs. 1 Satz 2 SGB V (Zuständige Aufsicht bei Vereinigung von Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Verlagerung der Zuständigkeit für die Genehmigung von Fusionen auf die nach der Vereinigung zuständige Aufsichtsbehörde; Angleichung an die (neue) Regelung für Fusionen von Ortskrankenkassen.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zur Neufassung des § 144 Abs. 1 Satz 2 SGB V sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 171 Satz 2 und Satz 3 (neu) SGB V (Fonds zur Erfüllung der Haftungsverpflichtungen der Verbände der Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Bildung von Fonds der Verbände der Ersatzkassen zur Erfüllung ihrer Haftungsverpflichtungen nach Satz 2.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Es sollte folgender Satz angefügt werden:

"Diesbezügliche Satzungsregelungen bedürfen der Zustimmung aller Mitgliedskassen."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 171a SGB V (Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ermöglichung kassenartenübergreifender freiwilliger Vereinigungen von Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen durch Beschluss ihrer Verwaltungsräte ab 01.07.2007; vereinigte Krankenkasse wird kraft Gesetzes derjenigen Kassenart zugeordnet, der bereits die an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse mit der größten Mitgliederzahl angehörte.

B. Stellungnahme

Regelung wird abgelehnt. Die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen kann nicht als isolierte Einzelfrage betrachtet werden. Hiermit werden vielmehr ordnungspolitische Grundsatzfragen aufgeworfen, für die ein umfassendes Konzept zur Neugestaltung der GKV-Strukturen fehlt.

Die neuen strategischen Möglichkeiten mit ihren weitreichenden Konsequenzen für die gesamte Wettbewerbsordnung und Stabilität des GKV-Systems sind nicht bedacht worden.

Faktisch würde mit der Option kassenartenübergreifender Fusionen die Entstehung enger Oligopole in der GKV beschleunigt. Eine Konzentration auf Nachfrageseite ist aber wettbewerbs- und kartellrechtlich fragwürdig, da schon kurz- bis mittelfristig eine marktbeherrschende Stellung einzelner Kassen droht. Die Einheitskasse würde so Bottom up befördert. Damit würden die berechtigten Interessen der Versicherten an Wahlfreiheit und funktionierenden Märkten im Gesundheitswesen ausgeblendet.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 172 SGB V (Anhörungs- und Informationsrechte der Verbände)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ausweitung des Anhörungsrechts der Verbände in Absatz 1 auf Fälle der Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V sowie auf Fälle des Verbandswechsels von Betriebs- und Innungskrankenkassen aufgrund von Sitzverlegungen.

Schaffung eines Informationsrechts der Verbände gegenüber ihren Mitgliedskassen in Absatz 2: Die Krankenkassen haben ihrem Verband, der im Fall ihrer Auflösung oder Schließung ihre Verpflichtungen gegenüber den Gläubigern zu erfüllen hat, auf Verlangen über ihre Verbindlichkeiten Auskünfte zu erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorzulegen.

B. Stellungnahme

Gegen die Erweiterung der Anhörungsrechte bestehen keine Bedenken; die Schaffung eines Informationsrechts der Verbände ist sachgerecht und wird im Interesse der Mitbetroffenheit aller anderen Mitgliedskassen des jeweiligen Verbandes befürwortet.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 173 Abs. 2 Satz 3 - 6 SGB V (Unwiderruflichkeit der Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen, Verbot der Öffnung von Betriebskrankenkassen privater Kranken- und Lebensversicherungen, Wahlrecht zu einer aus einer kassenartenübergreifenden Vereinigung hervorgegangenen Kasse)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Klarstellung, dass eine Öffnung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht mehr widerrufen werden kann (neuer Satz 3); Neuregelung, dass bei einer Vereinigung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen die vereinigte Krankenkasse kraft Gesetzes eine geöffnete Krankenkasse ist, wenn zuvor mindestens eine der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen bereits eine geöffnete Krankenkasse war (neuer Satz 4).

Verbot der Öffnung von Betriebskrankenkassen, die für Betriebe von privaten Kranken- und Lebensversicherungen errichtet wurden bzw. aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind (neuer Satz 5).

Neuregelung, dass Krankenkassen, die aus einer kassenartenübergreifenden Fusion hervorgegangen sind, jeweils nur für diejenigen Versicherten wählbar sind, die bereits die an der Vereinigung beteiligte Krankenkasse mit der größten Mitgliederzahl wählen konnten (neuer Satz 6). Beispiel: Die landesunmittelbare AOK Baden-Württemberg und die bundesweite BKK Siemens vereinigen sich; da die AOK mehr Mitglieder zählt als die Betriebskrankenkasse, wird die vereinigte Kasse erstens eine AOK sein, zweitens nur von Versicherten mit Wohn- oder Beschäftigungsort in Baden-Württemberg gewählt werden können.

B. Stellungnahme

Sätze 3 und 4 sind zu begrüßen. Sie stellen sicher, dass Betriebs- und Innungskrankenkassen eine einmal beschlossene Kassenöffnung nicht mehr rückgängig machen können.

Satz 5 wird ebenfalls begrüßt. Sie verhindert ordnungspolitisch bedenkliche Öffnungen von Betriebskrankenkassen, die faktisch Bestandteil privater Versicherungsgesellschaften, -konzerne oder -gruppen sind. Die sinnvolle Trennung der privaten Krankenversicherung von der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt erhalten.

Satz 6 wird abgelehnt. Die Ablehnung ergibt sich unmittelbar aus der generellen Ablehnung des vorgeschlagenen § 171a SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

Streichung des Satzes 6.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V (Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bei Beitragssatzerhöhungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Festlegung einer zweimonatigen Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bei Beitragssatzerhöhungen.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt; sie entspricht inhaltlich dem Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen, der dem BMGS mit Schreiben vom 10.12.2002 unterbreitet wurde. Das auf das Wort "Inkrafttreten" folgende Wort "des" ist aber zu streichen (redaktioneller Fehler).

Die Regelung lässt 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.

C. 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."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 191 SGB V (Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft wegen Zahlungsverzugs)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre freiwilligen Mitglieder bei Zahlungsverzug ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass zum einen nach der Beendigung der Mitgliedschaft eine anschließende Weiterversicherung bei einer anderen Krankenkasse ausgeschlossen ist und zum andern die Übernahme der ausstehenden Krankenversicherungsbeiträge durch die Sozialhilfeträger möglich ist.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird als sinnvoll erachtet.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 194 Abs. 1 a SGB V (Vermittlung privater Zusatzversicherungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Vermittlung privater Zusatzversicherungen durch die Krankenkassen.

B. Stellungnahme

Grundsätzlich sollte den gesetzlichen Krankenkassen rechtlich ermöglicht werden, selbst individuelle "Zusatzangebote" (z.B. Auslandskrankenversicherung, Sterbegeld, erhöhtes Krankengeld) in Ergänzung zum bestehenden umfassenden Leistungsrahmen anzubieten. Die Vermittlung privater Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Krankenkassen fällt hinter diese weitergehende Lösung zurück.

Die neuen Möglichkeiten können aber auch zur Belebung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen beitragen. Allerdings wird es für sinnvoll erachtet, die Vermittlung von Sterbegeldversicherungen privater Lebensversicherungsunternehmen - insbesondere in Anbetracht der geplanten Streichung des gesetzlichen Sterbegeldes - in die Rechtsgrundlage einzubeziehen.

C. Änderungsvorschlag

Ermöglichung individueller "Zusatzangebote" durch GKV.

Bei Ablehnung dieser Option wird die Einbeziehung der Sterbegeldversicherung in den Katalog der Zusatzversicherungsverträge vorgeschlagen:

In Satz 1 des Absatzes 1 a wird das Wort "Krankenversicherungsunternehmen" ersetzt durch "Versicherungsunternehmen", in Satz 2 werden hinter dem Wort "Krankenhaus" ein Komma und die Worte "eine Sterbegeldversicherung" eingefügt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 197a Abs. 1 bis 4 (Korruptionsbekämpfungsstellen bei den Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen Korruptionsbekämpfungsstellen einrichten. Diese Regelung ist das inhaltliche Spiegelbild der Regelung des neuen § 81a SGBV.

B. Stellungnahme

Durch die gesetzliche Neuregelung werden die derzeit schon vorhandenen organisatorischen Einheiten der Ersatzkassen und Spitzenverbände jedenfalls für die Bekämpfung von Korruption gesetzlich legitimiert.

Die gesetzlichen Vorgaben definieren damit die Bekämpfung von missbräuchlichem oder zweckwidrigem Einsatz finanzieller Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung und die Bekämpfung von Abrechnungsbetruges als ausdrückliche Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen.

Die vorgesehene lediglich freiwillige Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sollte in eine Verpflichtung (vgl. § 81a SGB V) umgeändert werden.

C. Änderungsvorschlag

Vgl. § 81a SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 212 SGB V (Verbände der Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des § 35a Abs. 6 SGB IV (Anfügung der Sätze 2 bis 4), sehen vor, dass die Höhe der jährlichen Vergütungen der Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen (erstmalig) zum 1. März 2004 sowie Veränderungen der jährlichen Vergütungshöhe oder der wesentlichen Versorgungsregelungen innerhalb eines Monats nach der Vereinbarung im Bundesanzeiger zu veröffentlichen sind.

B. Stellungnahme

Mit der Ergänzung des § 212 Abs. 5 SGB V wird erreicht, dass die Regelungen in § 35a Abs. 6 SGB IV, die unmittelbar nur für die Krankenkassen gelten, auch für die Vorstandsmitglieder der Verbände der Ersatzkassen gelten. Für die Vorstandsmitglieder der Bundesverbände (und Landesverbände) der Krankenkassen gilt § 35a Abs. 6 SGB IV bereits über die Regelung in § 215 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 209a Satz 3 SGB V. Die Vorstandsmitglieder der Verbände der Ersatzkassen werden daher hinsichtlich der Veröffentlichung ihrer Vergütungen den Vorstandsmitgliedern der Bundesverbände (und Landesverbände) der Krankenkassen gleich gestellt. (Gleiches gilt für die Vorstände der KVen/KBV.)

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 217 Abs. 5 SGB V (Aufgaben der Bundesverbände)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 220 Abs. 4 SGB V (Vorgabe von Beitragssatzsenkungen aufgrund der durch das GMG bedingten finanziellen Auswirkungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das GMG bewirkten Einsparungen müssen von den Krankenkassen in 2004 für Beitragssatzsenkungen verwendet werden; wobei das mit der Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund bedingte Einsparvolumen in vollem Umfang für Beitragssatzsenkungen heranzuziehen ist, während die übrigen Einsparungen sich mindestens zur Hälfte in Beitragssatzsenkungen niederschlagen müssen.

B. Stellungnahme

Das mit der teilweisen Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund bedingte Einsparvolumen wird für das Jahr 2004 im Abschlagswege auf 1 Mrd. € festgesetzt. Hieraus resultiert GKV-weit ein Beitragssatzabsenkungspotenzial von ca. 0,1 Beitragssatzpunkten; wobei sich die Relationen zwischen den einzelnen Krankenkassen durchaus recht unterschiedlich darstellen können. Die im Gesetzentwurf enthaltene Vorgabe, diese Entlastung an die Versicherten in Form von Beitragssatzsenkungen weiter zu geben, ist zwar nachvollziehbar; einer solchen Vorgabe bedarf es aber nicht, weil die Krankenkassen durch die generellen haushaltsrechtlichen Vorschriften ohnehin gehalten sind, Einnahmen- wie auch Ausgabenüberschüsse durch entsprechende Veränderungen des Beitragssatzes auszugleichen.

Das mit den anderen Maßnahmen des Gesetzes (insbesondere Leistungsbegrenzung bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Veränderung von Zuzahlungen, Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen bzw. bei Sterilisation und künstlicher Befruchtung, Streichung des Sterbegeldes, höhere Beiträge von Rentnern auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen sowie Steuerungs- und Struktureffekte) wird in der Begründung zu den finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs für die Zeit ab 2004 mit ca. 8,6 Mrd. € veranschlagt. Zu bezweifeln ist, dass durch die veränderte Spreizung der Zuzahlungen für Arzneimittel überhaupt Mehreinnahmen entstehen. Auch bei den geänderten Härtefallregelungen und bei der Anhebung der Zuzahlung im Krankenhaus erscheinen die im Zahlentableau zum Arbeitsentwurf angegebenen Volumina zu hoch, so dass für die Veränderung von Zuzahlungen insgesamt nur mit Mehreinnahmen in Höhe von 1 Mrd. € zu rechnen ist. Völlig offen sind die finanziellen Auswirkungen durch sogenannte Steuerungs- und Struktureffekte, so dass hier allenfalls ein Einsparvolumen von 1 Mrd. € angesetzt werden kann.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Insgesamt ergibt sich nach Einschätzung der Ersatzkassen lediglich ein Einsparvolumen (einschließlich der teilweisen Erstattung versicherungsfremder Leistungen) von 6,7 Mrd. € gegenüber den im Gesetzentwurf angegebenen 9,6 Mrd. €.

Nicht verkannt werden darf in diesem Zusammenhang auch der Tatbestand, dass die GKV ausweislich der einschlägig bekannten Liquiditätskennzahlen bereits heute einen Finanzbedarf in der Größenordnung von ebenfalls 5 bis 6 Mrd. € hat. Das mit dem GMG möglicherweise zu realisierende Entlastungspotenzial würde somit gerade ausreichen, um der GKV wieder zu einer einigermaßen soliden Finanzbasis zu verhelfen.

Ungeachtet dessen, dass es - wie oben bereits beschrieben - einer Vorgabe zur Senkung des Beitragssatz ohnehin nicht bedarf, würde der gesetzlich definierte Zwang, die übrigen, durch das GMG bewirkten Einsparungen mindestens zur Hälfte für Beitragssatzsenkungen verwenden zu müssen, die "Unterfinanzierung" und die damit einhergehenden Finanzprobleme der GKV fortschreiben. Dies kann auch im Interesse der Versicherten nicht als sachgerecht angesehen werden, weshalb diese Regelung nachhaltig abzulehnen ist.

C. Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Ergänzung des § 220 um einen Abs. 4 sollte ersatzlos entfallen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen für die Aufwendungen, die ihnen für so genannte versicherungsfremde Leistungen entstehen, eine finanzielle Beteiligung des Bundes aus der für 2004/2005 vorgesehenen abgestuften Erhöhung der Tabaksteuer erhalten. Die Erbringung der versicherungsfremden Leistungen soll jedoch weiterhin von den Krankenkassen erfolgen.

Das Abrechnungsverfahren soll über eine(n) von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bestimmte(n) Krankenkasse oder Verband erfolgen. Inkrafttreten soll die Regelung zum 01.01.2004.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene Kostenverlagerung auf den Bund entspricht einer Forderung der Spitzenverbände. Grundsätzlich ist die angedachte Maßnahme somit zu begrüßen; als problematisch ist jedoch der Tatbestand anzusehen, dass es zumindest für die Jahre 2004 und 2005 nur eine teilweise Erstattung der versicherungsfremden Leistungen geben wird. Ob ab 2006 - wenn die Tabaksteuererhöhung in vollem Umfang vollzogen ist - ein für die umfassende Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen benötigtes Finanzvolumen von ca. 4,5 Milliarden € erreicht werden kann, ist derzeit allerdings nicht abschätzbar.

Vor diesem Hintergrund fordern die Ersatzkassen generell eine Modifizierung der vorgesehenen Regelung, die eine umfassende Erstattung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen vorsieht.

Darüber hinaus bedarf es einiger weiterer Klarstellungen:

1. Es bedarf einer Klarstellung des Begriffes "versicherungsfremde Leistungen". In erster Linie handelt es sich um familienpolitische Leistungen. Diese umfassen
 - das Mutterschaftsgeld,
 - die sonstigen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe),
 - die Leistungen im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung (insbesondere ärztliche Beratung und Untersuchung, bis zur Vollendung des 20. Le-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

bensjahres auch die Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel),

- die bislang von der GKV zu übernehmenden im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen stehenden Kosten (bei den Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung - § 218a Abs. 1 StGB - nicht die Kosten des Abbruchs),
- die Haushaltshilfe,
- das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.

Eine explizite Aufzählung der versicherungsfremden Leistungen ist im Hinblick auf die anteilmäßige Verteilung des Bundeszuschusses auf die einzelnen Kassen bzw. -arten erforderlich, da diese im Verhältnis zu den diesbezüglichen verbuchten Gesamtausgaben erfolgt.

2. Es bedarf der Klarstellung hinsichtlich der Erstattungspflicht des Bundes für die bisherige Satzungsleistung "Haushaltshilfe bei ambulanter Behandlung - § 38 Abs. 2 SGB V -" (vgl. Stellungnahme zu § 38 SGB V).
3. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen auch Beiträge aus Mutterschaftsgeld zur Arbeitslosenversicherung zu zahlen haben. Ebenso fallen Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bei Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes an. Diese Beiträge gehören im Kontext der Erbringung einer versicherungsfremden Leistung ebenfalls zu den "Aufwendungen", die den Krankenkassen zu erstatten wären. Um hier von vornherein Auslegungsproblematiken zu begegnen ist eine entsprechende Klarstellung notwendig.
4. Für die Ermittlung der Arzneimittelausgaben nach § 24a SGB V ist es notwendig, dass die entsprechenden Rezepte aus dem Gesamtbestand selektiert werden. Da Alter und Geschlecht aus dem Datenbestand ohne Weiteres nicht abgelesen werden können, bedarf es hier eines weiteren Umsetzungsschrittes über die Versichertennummer, die es dann kassenspezifisch erlaubt, mit Hilfe eines weiteren Schlüssels für Kontrazeptiva die entsprechenden verauslagten Beträge zu ermitteln und über das BVA zurückzufordern.
5. Die Abrechnung der der gesetzlichen Krankenversicherung zufließenden Mittel soll über eine zentrale Stelle erfolgen; die Modalitäten der Abrechnung sollen einer noch zu erlassenden Rechtsverordnung vorbehalten sein. Gegen eine solche Regelung bestehen keine grundsätzlichen Bedenken; allerdings sollte bereits gesetzlich eindeutig festgelegt werden, dass je Krankenkasse die ihr für die o.g. bezeichneten Leistungen angefallenen tatsächlichen Aufwendungen erstattet werden und - solange eine umfassende Erstattung aller tatsächlich angefallenen

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

nen wegen eines evtl. geringeren Tabaksteuermehreinkommens nicht möglich ist
- eine für alle Krankenkassen einheitliche anteilige Erstattung erfolgt.

C. Änderungsvorschlag

Im Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:

"Die versicherungsfremden Leistungen umfassen die Aufwendungen für Mutterschaftsgeld und sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 13 Abs. 1 und 15 des Mutterschutzgesetzes), Empfängnisverhütung (§ 24 a), Schwangerschaftsabbruch (§ 24 b), Haushaltshilfe (§ 38) sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45)."

Als neuer Satz 3 wird eingefügt:

"Zu den in Satz 2 genannten Aufwendungen gehören auch

1. die nach § 345 Nr. 8 i.V.m. § 347 Nr. 7 SGB III von den Krankenkassen zu zahlenden Beiträge aus Mutterschaftsgeld und
2. die nach § 57 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 59 Abs. 2 SGB XI, nach § 166 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 170 Abs. 2 Nr. Buchst. a) SGB VI sowie die nach § 345 Nr. 5 i.V.m § 347 Nr. 5 SGB III von den Krankenkassen zu tragenden Beiträge aus Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes".

Als neue Sätze 4 und 5 werden eingefügt:

"Die in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufwendungen werden auf der Basis der tatsächlich verbuchten Gesamtausgaben pauschal abgegolten. Solange eine volle Abgeltung der tatsächlich verbuchten Ausgaben nicht möglich ist, erfolgt eine Erstattung nach einer für alle Krankenkassen einheitlich festzustellenden Quote."

Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 6 und 7.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 224 SGB V (Beitragsfreiheit bei Entgeltersatzleistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

Nach den bisherigen Arbeitsentwürfen des GMG war beabsichtigt, die Beitragsfreiheit bei Bezug von Mutterschaftsgeld und Erziehungsgeld aufzuheben; die Beitragsfreiheit bei einem Anspruch auf Krankengeld sollte bestehen bleiben.

B. Stellungnahme

Das Vorhaben findet sich nicht mehr im Gesetzentwurf. Es ist wiederaufzunehmen. Schon seit Jahren weisen die Spitzenverbände der Krankenkassen darauf hin, dass die häufig für mehrere Jahre bestehende Beitragsfreiheit bei Mutterschaftsgeld- und Erziehungsgeldbezug eine versicherungsfremde Leistung ist, die die Versicherungsgemeinschaft über Gebühr belastet. In diesem Zusammenhang ist auch zu fordern, dass die Beitragsfreiheit bei Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes wegfällt. Auch diese Leistung ist versicherungsfremd und darf nicht durch eine Beitragsfreiheit flankiert werden.

C. Änderungsvorschlag

§ 224 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:
"Beitragsfreiheit bei Krankengeld"
- b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
"(1) Beitragsfrei ist ein Mitglied für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf diese Leistung. Beitragsfreiheit besteht nicht für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 45."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 232b Abs. 1 SGB V (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Mutterschaftsgeld und Erziehungsgeld und während der Elternzeit)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Nach dem Arbeitsentwurf zum GMG war beabsichtigt, bei Bezug von Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld und während der Elternzeit eine beitragspflichtige Einnahme je Kalendertag in Höhe des neunzigsten Teils der monatlichen Bezugsgröße einzuführen. Dieses Vorhaben ist jetzt nicht mehr vorgesehen. Zur Stabilisierung der Finanzen der GKV ist diese Maßnahme aber unbedingt erforderlich. Siehe auch Stellungnahme zu § 224 Abs. 1 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Nach § 232a wird folgender § 232b eingefügt:

"§ 232b

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von
Mutterschafts- und Erziehungsgeld sowie von Krankengeld nach § 45 SGB V und
während der Elternzeit

(1) Bei Versicherungspflichtigen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 während des Bezugs von Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder während der Inanspruchnahme von Elternzeit erhalten bleibt, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße.

(2) § 226 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 240 Abs. 2 SGB V (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder ist der Existenzgründerzuschuss nicht zu berücksichtigen.

B. Stellungnahme

Gegen diese Neuregelung bestehen keine Bedenken. Im Arbeitsentwurf zum GMG war als Folgeregelung vorgesehen, das Mutterschaftsgeld und das Erziehungsgeld von der Beitragspflicht auszunehmen. Im Kontext unserer Forderung zur Änderung des § 224 SGB V wäre § 240 Abs. 2 SGB V um das Mutterschaftsgeld und um das Erziehungsgeld sowie um das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes zu ergänzen.

C. Änderungsvorschlag

In § 240 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Krankengeld nach § 45 SGB V sowie der in Absatz 4 Satz 2 genannte Existenzgründungszuschuss dürfen nicht berücksichtigt werden"

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

§ 240 Abs. 3 a SGB V (halber Beitragssatz für freiwillig versicherte Bezieher von Versorgungsbezügen, die am 31.12.1992 das 65. Lebensjahr vollendet hatten - sog. Altersprivileg)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift des § 248 SGB V soll dahingehend geändert werden, dass Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen bei pflichtversicherten Rentnern nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz zu erheben sind.

Eine Beibehaltung des Altersprivilegs nach § 240 Abs. 3 a SGB V für freiwillig versicherte Bezieher von Versorgungsbezügen, die am 31.12.1992 das 65. Lebensjahr vollendet hatten, ist nicht mehr sachgerecht und würde diese Personengruppe überproportional begünstigen.

C. Änderungsvorschlag

In § 240 SGB V wird Abs. 3 a gestrichen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 248 SGB V (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Berechnung der Beträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ist zukünftig der volle allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse anzusetzen.

B. Stellungnahme

Diese Neuregelung wird begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 249 Abs. 1 SGB V (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Arbeitnehmer haben zukünftig die Kosten des Krankengeldes alleine zu finanzieren. Zur Realisierung dieses Ziels werden die Beiträge nicht mehr hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen, sondern zu 53 v.H. von den Beschäftigten und zu 47 v.H. von ihren Arbeitgebern.

B. Stellungnahme

Die Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung ist problematisch. Sie gefährdet die Akzeptanz der Reform und führt zu einseitigen Belastungen der Versicherten. Die Erhaltung der Absicherung des Krankengeldes im Rahmen der GKV ist allerdings zu begrüßen. Nur die solidarische Finanzierung schützt vor untragbaren Belastungen insbesondere für kranke Versicherte.

In diesem Zusammenhang wären jedoch noch die Beitragsberechnungsgrundsätze in der Verordnung über die Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Abstimmung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (Beitragszahlungsverordnung) entsprechend anzupassen.

Darauf hinzuweisen ist, dass bei genauer Berechnung unter Berücksichtigung des Netto-Krankengeldes das Anteilsverhältnis zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern eher bei 47,5 zu 52,5 anzusiedeln ist.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 249 Abs. 3 und 4 SGB V (Tragung der Beiträge aus einmalig gezahltem Arbeitsentgelt und aus Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Beitragstragung nach § 249 Abs. 1 SGB V sind bei der Beitragsbemessung aus einmalig gezahltem Arbeitsentgelt und aus Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone entsprechend anzuwenden.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zur Neufassung des § 249 Abs. 1 SGB V sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 251 Abs. 4 SGB V (Tragung der Beiträge durch den Bund)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Im Arbeitsentwurf zum GMG war vorgesehen, dass die Beiträge, die für Bezieher von Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit zu zahlen sind, der Bund trägt. Dadurch hätten die von der Neuregelung des § 232b Abs. 1 SGB V betroffenen Mitglieder weiterhin selbst keine Beiträge zu zahlen gehabt. Dieses Vorhaben ist im Zuge der Forderung zur sachgerechten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen weiterzuverfolgen und auf die Bezieher von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes auszudehnen. Vgl. auch Stellungnahme zu § 224 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

In § 251 Abs. 4 werden nach der Angabe "§ 193 Abs. 2 und 3" ein Komma eingefügt, das Wort "sowie" gestrichen und nach dem Wort "Buch" die Wörter "sowie für Personen, bei deren Beitragsbemessung § 232b Abs. 1 anzuwenden ist" eingefügt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 252 SGB V (Beitragszahlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Nach dem Arbeitsentwurf zum GMG war vorgesehen, dass die vom Bund zu tragenden Beiträge, die für Bezieher von Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit anfallen, das Bundesversicherungsamt zahlt. Dieses Vorhaben ist im Zuge der Forderung zur sachgerechten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen weiterzuverfolgen und auf die Bezieher von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes auszudehnen. Vgl. auch Stellungnahme zu § 224 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

In § 252 Satz 2 werden nach dem Wort "Buch" die Wörter "und das Bundesversicherungsamt die Beiträge für Personen, bei deren Beitragsbemessung § 232b Abs. 1 SGB V anzuwenden ist" eingefügt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 257 Abs. 1 bis 4 SGB V (Beitragszuschüsse für Beschäftigte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für freiwillig oder privat versicherte Arbeitnehmer haben Arbeitgeber gegenüber der bisherigen Regelung einen auf 47 v.H. reduzierten Zuschuss zu zahlen.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zur Neufassung des § 249 Abs. 1 SGB V sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 258 Abs. 2 SGB V (Beitragszuschüsse für freiwillig Versicherte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Im Arbeitsentwurf zum GMG war vorgesehen, dass nach Aufhebung der Beitragsfreiheit für Bezieher von Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit freiwillig Versicherte einen Beitragszuschuss vom Bund erhalten sollten. Die Höhe des Zuschusses sollte dem Beitrag für versicherungspflichtige Bezieher der genannten Leistungen entsprechen. Dieses Vorhaben ist im Zuge der Forderung zur sachgerechten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen weiterzuverfolgen und auf die Bezieher von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes auszudehnen. Vgl. auch Stellungnahme zu § 224 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

§ 258 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
"(2) Freiwillige Mitglieder erhalten während des Bezugs von Mutterschaftsgeld, von Krankengeld nach § 45 SGB V oder Erziehungsgeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit vom Bundesversicherungsamt zu Lasten des Bundes als Beitragszuschuss einen Betrag, der bei Versicherungspflichtigen nach den §§ 232b Abs. 1 und 251 Abs. 4 an die Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 264 Abs. 6 SGB V (Sozialhilfeempfänger und ärztliche Vergütungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die ärztlichen Gesamtvergütungen sind zur Berücksichtigung der hinzukommenden Sozialhilfeempfänger zu erhöhen. Bei Kopfpauschalsystemen ist jeweils der Haushaltsvorstand als Mitglied neu zu zählen.

B. Stellungnahme

Die ärztliche Versorgung der Sozialhilfeempfänger muss zu einer Anpassung der ärztlichen Gesamtvergütungen führen. Die vorgeschlagene Regelung ist insofern sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 267 Abs. 5 Satz 2 SGB V (Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die RSA-Datenerhebungen ist die Übertragung des Versichertenstatus von der Krankenversichertenkarte nicht nur auf Verordnungsblätter und Überweisungsscheine wie bisher, sondern zukünftig auch auf die entsprechenden elektronischen Datensätze vorzunehmen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des elektronischen Rezeptes bis zum 01.01.2006.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Regelung sachgerecht und notwendig, um die RSA-Datenerhebungen lückenlos sicherzustellen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung der Prüfungsausschüsse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfkompetenz der Aufsichtsbehörden wird auf die Prüfungsausschüsse und deren Geschäftsstellen ausgedehnt.

B. Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zur Neuorganisation der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Verselbstständigung der Prüfungsausschüsse.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 274a bis c SGB V (Korruptionsbeauftragter)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das BMGS beruft den Korruptionsbeauftragten. Der Beauftragte hat Verdachtsfällen nachzugehen, in denen strafbare Handlungen zu Lasten der GKV vermutet werden. Der Beauftragte kann Unterstützung von den Bundes- und Aufsichtsbehörden erbitten. Ferner kann er Anregungen zur Verbesserung des Verwaltungshandelns geben.

B. Stellungnahme

Die Einrichtung eines Korruptionsbeauftragten wird abgelehnt. Es ist vielmehr richtig - und im Entwurf auch grundsätzlich vorgesehen - die Selbstverwaltung in ihrer Wahrnehmung der Aufgaben zu stärken. Das bewirkt mehr als die Schaffung neuer Institutionen mit letztlich unklaren Rechten und einer ungenügenden Einbindung in das Beziehungsgeflecht des Gesundheitswesens.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V (Begutachtung und Beratung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V wird die Begutachtungsmöglichkeit des MDK hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 29) gestrichen.

B. Stellungnahme

Die gesetzgeberische Intention ist prinzipiell zu begrüßen. Durch die bisherige Spezialregelung für die KfO in § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V hatte es in der Vergangenheit immer wieder juristische Streitigkeiten mit KZVen gegeben, ob auch die anderen zahnmedizinischen Teilbereiche von der generellen Begutachtungsmöglichkeit des MDK in § 275 mit erfasst seien. Die umfassenden Begutachtungsmöglichkeiten des MDK sollen nach der Begründung des Gesetzesentwurfs zur o.a. Regelung mithin klargestellt werden.

Inwieweit die Streichung dieser Regelung und die Darstellung der gesetzgeberischen Intention in der Gesetzesbegründung zukünftig allerdings Auslegungsprobleme in diesem Bereich reduzieren hilft, muss bezweifelt werden. Sinnvoller wäre in jedem Fall eine konkrete Regelung in § 275 Abs. 1 SGB V, nach der die Begutachtungsoption durch den Medizinischen Dienst für die gesamte vertragszahnärztliche Versorgung der §§ 27 bis 30 SGB V sowie außervertragliche Leistungen gesetzgeberisch klargestellt wird.

So enthielt der Referentenentwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 (Stand: 25. Mai 1999) bereits wesentlich umfassendere Regelungen zur Begutachtung und Beratung durch den MDK. In § 275 Abs. 1 Nr. 2 dieses Entwurfs zu den Begutachtungsfeldern des MDK hieß es beispielsweise:

... " in der vertragszahnärztlichen Versorgung, einschließlich Zahnersatz, kieferorthopädische Versorgung und über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Leistungen, ..."

C. Änderungsvorschlag

Der o.a. Regelungsvorschlag aus dem Referentenentwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 (Stand: 25. Mai 1999) sollte in Abs. 1 des § 275 SGB V integriert werden. Dies setzt allerdings eine komplette Neufassung des § 275 SGB V voraus.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 284 Abs. 1 Satz 1 Nummer 12 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten auch speichern, wenn diese für die Durchführung von Qualitätsprüfungen gemäß § 106b Abs. 10 erforderlich sind.

B. Stellungnahme

Redaktionelle Folgeregelung.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 284 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Wörter "Datenbändern oder anderen" werden gestrichen.

B. Stellungnahme

Entspricht der Weiterentwicklung technischer Standards. Die Speicherung von Informationen auf Datenbändern wird nicht mehr vorgenommen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 284 Abs. 3 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die an die Krankenkassen übermittelten versichertenbezogenen Daten dürfen nur zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht, zur Abrechnung mit Leistungserbringern und im Rahmen von § 106b Abs. 10 und § 305 Abs. 1 versichertenbezogen verarbeitet werden.

B. Stellungnahme

Redaktionelle Folgeregelung.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Um Abrechnungsbetrug durch die nach § 197a SGB V bei den Krankenkassen einzurichtenden Korruptionsbekämpfungsstellen wirksam bekämpfen zu können, muss dies ebenfalls als ein zulässiger Verwendungszweck für die Erhebung und Speicherung von Sozialdaten geregelt sein.

Bisher fehlt es zudem an einer spezifischen Rechtsgrundlage für die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung von Daten potenzieller Mitglieder (Interessendaten). Dies steht im deutlichen Widerspruch zum bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 eingeführten und mit dem Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte vom 27.07.2001 erweiterten Wahlrecht der Versicherten und dem hierdurch eröffneten Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen. Unser Änderungsvorschlag greift in diesem Punkt den Wortlaut des Referentenentwurfs des BMGS für das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 in der Fassung vom 25.05.1999 auf.

C. Änderungsvorschlag

In § 284 Abs. 1 wird nach der Nr. 11 eingefügt:
"die Durchführung der Aufgaben nach § 197a"

In § 284 Abs. 1 Nr. 1 folgt nach dem Komma:
"einschließlich der für die Anbahnung von Versicherungsverhältnissen erforderlichen Daten,"

Zudem wird § 284 um folgenden Absatz ergänzt:
"Zur Gewinnung von Mitgliedern dürfen die Krankenkassen Daten erheben, verarbeiten und nutzen, wenn sie aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen werden, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. Widerspricht der Betroffene bei der speichernden Stelle der Nutzung oder Übermittlung seiner Daten, ist sie unzu-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

lässig. Die Daten sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Satz 1 nicht mehr benötigt werden. Im übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 285 Abs. 1 SGB V (Personenbezogene Daten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung: Verweis in Nr. 5 auf "Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen" (§§ 106, 106a).

B. Stellungnahme

Wegen der Herauslösung der Plausibilitätsprüfung aus § 83 SGB V und Überführung in § 106a SGB V erfolgt hier die notwendige Anpassung.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 285 Abs. 2 SGB V (Personenbezogene Daten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 290 SGB V (Krankenversicherertennummer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bisher wird die Krankenversicherertennummer je Krankenkasse vergeben.

Vorgesehen ist nunmehr eine krankenkassen- und kassenartenübergreifende Krankenversicherertennummer.

B. Stellungnahme

Der Vorschlag geht nicht weit genug.

Hier wird eine kostenintensive Regelung lediglich für das Gesundheitswesen geschaffen. Es ist jedoch eine Regelung für die gesamte Sozialversicherung notwendig.

C. Änderungsvorschlag

Es ist eine für die gesamte Sozialversicherung gültige Regelung zu schaffen. Danach ist der § 290 entsprechend anzupassen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 291 SGB V (Krankenversichertenkarte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung fordert in Abs. 2 zusätzlich die Aufbringung eines Lichtbildes auf der Gesundheitskarte und Angaben zum Zuzahlungsstatus, Geschlecht und eine Kennzeichnung der Teilnahme an Hausarztmodellen.

Im neuen Absatz 2a wird die Erweiterung der KVK zu einer elektronischen Gesundheitskarte gefordert. Diese soll technisch geeignet sein, Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur zu ermöglichen.

Die Neuregelung sieht in Absatz 4 weiterhin vor, dass bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel, die Krankenversichertenkarte der bisherigen Krankenkasse auszuhändigen ist.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung in Absatz 2 wird abgelehnt:

Es gibt bisher keinen Nachweis darüber, dass ein Lichtbild auf der KVK den Kartenmissbrauch reduzieren könnte. Die Ärzteschaft hat bisher den Abgleich zwischen Lichtbild und Patienten abgelehnt, da sie keine "erkennungsdienstliche Funktion" übernehmen will. Es ist zu vermuten, dass mit Aufbringung eines Lichtbildes, die Ärzteschaft für den Personenabgleich eine Vergütungsforderung stellen wird. Darüber sind erhebliche Kosten für die Aufbringung eines Fotos auf der Karte einschließlich der hierzu notwendigen Infrastruktur zu erwarten.

Beim Zuzahlungsstatus handelt es sich um ein veränderliches Datum. Eine Fixierung auf der Karte ist sinnlos. Darüber hinaus sieht das Kölner Modell zum eRezept ein on-line up-date des Zuzahlungsstatus vor.

Grundsätzlich sieht die Gemeinsame Erklärung des BMGS und der Spitzenorganisationen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen vom 03.05.2002 implizit vor, dass keine veränderlichen Daten auf der Gesundheitskarte gespeichert werden, sondern Pointerfunktionen Einsatz finden. Die Kennzeichnung der Teilnahme an Hausarztmodellen/DMP ö.ä. im Sinne der Grundkonzeption des Kölner Modells sollte zukünftig ebenfalls nicht auf der Karte, sondern über einen Web-Service erfolgen soll.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Der Aufbau und die Finanzierung der Infrastruktur für eine elektronische Signatur ist allerdings eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss mit entsprechenden Nutzergruppen (öffentliche Verwaltung, Sozialversicherungsträger, Banken etc.) bewältigt werden.

Die Neuregelung in Absatz 4 ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

Streichung des vorgesehenen Entwurfs zum § 291 SGB V.

Mit Blick auf die elektronische Signatur ist eine entsprechende Finanzierungsregelung im Gesetzestext sicherzustellen.

Darüber hinaus Veränderung des aktuellen § 291 Abs. 2 S. 1 SGB V dahingehend, dass keine veränderlichen Daten auf der Karte gespeichert werden:
Nr. 4 (Anschrift), Nr. 6 (Versichertenstatus), Nr. 7 (Tag d. Beginns des Versicherungsschutzes), Nr. 8 (befristete Gültigkeit der Karte) sind zu streichen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 291 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Krankenversichertenkarte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 291 Abs. 4 SGB V (Krankenversichertenkarte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nicht nur bei einer Beendigung der Versicherung sondern auch bei einem Krankenkassenwechsel soll die KV-Karte zukünftig der bisherigen Krankenkasse zurückgegeben werden.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung entspricht einer von den anderen Spitzenverbänden unterstützten langjährigen Forderung der Ersatzkassen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 291a SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Das BMGS beabsichtigt mit dem vorliegenden Paragraphen die Erweiterung der Krankenversichertenkarte (KVK) zu einer elektronischen Gesundheitskarte und deren verpflichtende Nutzung bis spätestens zum 1. Januar 2006.
2. Nach Absatz 2 soll die Gesundheitskarte Angaben nach § 291 Abs. 1 Nr. 1 - 10 SGB V enthalten und muss geeignet sein, Angaben für das elektronische Rezept sowie den Berechtigungsnachweis zur Leistungsinanspruchnahme in den Mitgliedsstaaten der EU aufzunehmen.
Darüber hinaus sieht die Neuregelung vor, dass "§ 6c des Bundesdatenschutzgesetzes" Anwendung findet.
3. Abs. 3 Punkte 1. - 6. sieht das "Erheben, Verarbeiten und Nutzen" von Daten sowie die Einführung einer elektronischen Patientenquittung vor (§ 305).
4. Die Gesundheitskarte soll unterschiedliche Anwendungen unterstützen (Abs. 3 Punkte 1. - 6.). Nach Abs. 3 sollen die Krankenkassen spätestens bei Versendung der Gesundheitskarte den Versicherten umfassend über ihre Funktionsweise informieren. Darüber hinaus sieht Abs. 3 eine vom Leistungserbringer auf der Karte zu dokumentierende Einwilligung des Versicherten vor und weist dadurch auch auf den freiwilligen Charakter der Gesundheitskarte hin.
5. Absatz 3 sieht ferner vor, dass dem Bundesbeauftragten des Datenschutzes vor Genehmigung Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt wird.
6. Abs. 3 sieht vor, dass bei Nichterzielung einer Vereinbarung, eine Rechtsverordnung durch das BMGS innerhalb einer bestimmten Frist greift.
7. Laut Abs. 4 sollen ausschließlich Ärzte, Zahnärzte und Apotheker Zugriff auf die Versichertendaten haben. Nach Abs. 4 soll ferner zum Zwecke der Datenschutzkontrolle auf der Karte eine Protokollierung der letzten 50 Zugriffe auf die Daten gewährleistet sein. Protokolldaten und die Daten nach Abs. 2 Nr. 1 und nach Abs. 3 Nr. 1 - 6 sind auf Verlangen des Versicherten zu löschen.
8. Absatz 5 sieht vor, dass durch technische Vorkehrungen der Zugriff auf das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten nur mit dem Einverständnis des Versicherten und dessen Autorisierung zu gewährleisten ist. Für Notfälle und zum Zwecke der Abrechnung bedarf es keiner Einwilligung des Versicherten.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

9. Abs. 6 sieht eine Vereinbarung zwischen den aufgezählten Selbstverwaltungsorganisationen zur Schaffung der erforderlichen Informations-, Kommunikations-, und Sicherheitsinfrastruktur vor. Dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz ist eine Stellungnahme einzuräumen. Kommt keine Vereinbarung zustande, so greift eine Rechtsverordnung des BMGS.
10. Absatz 7 regelt den Schutz des Karteninhabers vor unberechtigtem Zugriff auf seine Versichertendaten.

B. Stellungnahme

1. Die Funktionalitäten der Gesundheitskarte werden grundsätzlich begrüßt. Die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit verpflichtender Nutzung bis spätestens zum 1. Januar 2006 ist jedoch nicht realistisch.
2. Grundsätzlich ist den Anwendungen in Abs. 2 (eRezept und Leistungsanspruchnahme in den Mitgliedsstaaten der EU) zuzustimmen. Die Gesundheitskarte darf jedoch die direkte Abrechnung der ärztlichen Verordnung zwischen Apothekern und Krankenkassen nicht verhindern. Ferner darf die Schaffung der EU-KVK keine zusätzlichen Kosten verursachen. Der Ausdruck "Angaben aufzunehmen" ist unscharf. Die Datenschutzbestimmungen sind zu unterstützen.
3. Aus den Formulierungen "...Erheben, Verarbeiten und Nutzen..." kann nicht eindeutig erkannt werden, ob dieses eine Speicherung veränderlicher Daten auf der Karte oder Zugriffsmöglichkeit über Pointer bedeutet. Der VdAK befürwortet den Einsatz von Pointern mittels der Karte auf der Basis eines netzgestützten Systems für die Punkte 2 - 5 und die Speicherung der Patientenquittung über einen Web-Service, nicht aber auf der Karte.
4. Nicht nur die Krankenkassen müssen umfassend über die Funktionsweise der Gesundheitskarte informieren, sondern auch die Leistungserbringer, z.B. im Fall der Arzneimitteldokumentation oder elektronischen Patientenakte. Es ist unklar, wie die Einwilligung, welche jederzeit widerrufbar ist, auf der Karte dokumentiert werden soll. Die Einwilligung des Versicherten muss in schriftlicher oder elektronischer Form erfolgen.

Die Karte muss verpflichtend eingeführt werden, um u.a. das Vorhalten doppelter Strukturen für Arztbrief und Verordnung auszuschließen. Für die Anwendungen Arzneimitteldokumentation, Impfdaten und weitere durch den Versicherten selbst zur Verfügung gestellte Daten ist die Freiwilligkeit zu akzeptieren.

5. Der Forderung zur Stellungnahme des Datenschutzes ist akzeptabel.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

6. Die "Regelung durch Rechtsverordnung" kann der Verfahrensbeschleunigung dienen.
7. Der Zugriff auf die Daten unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte muss - mit dem Einverständnis des Versicherten und durch dessen Autorisierung - neben den berechtigten Ärzten, Zahnärzten und Apothekern auch den Krankenkassen ermöglicht werden. Eine Zugriffsprotokollierung auf der Karte zum Zwecke des Datenschutzes ist nicht erforderlich, da es sich hierbei um einen zwingend notwendigen technischen Serverdienst handelt. Der Regelung nach der der Versicherte das Recht hat, alle freiwillig durch die Gesundheitskarte gespeicherten Daten löschen zu lassen, kann gefolgt werden, wenn die genannten Änderungen vorgenommen werden. Die Bundesregierung plant neben der Gesundheitskarte auch eine JobCard mit elektronischer Signatur. Sollten somit künftig alle Bundesbürger mit einer Karte inkl. elektronischer Signatur ausgestattet werden, so ist zu überprüfen, ob überhaupt die Notwendigkeit der Einführung einer gesonderten, von den Krankenkassen zu finanzierenden Health Professional Card (HPC), besteht.
8. Grundsätzlich ist dem Abs. 5 zuzustimmen.
9. Die Schaffung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erforderliche Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Verschiedene Projekte der Bundesregierung basieren auf einer ähnlichen Infrastruktur. Hier sind Synergieeffekte zu nutzen. Daher muss sichergestellt werden, dass die Finanzierung auf der Basis von Nutzerentgelten erfolgt. Die Forderung nach einer Stellungnahme des Datenschützers ist zu unterstützen.
10. Absatz 7 ist zuzustimmen.

C. Änderungsvorschlag

1. Siehe Stellungnahme
2. Abs. 2 muss entsprechend der o.g. Ausführungen zu § 291 geändert werden.

Der in § 291a Absatz 3 Nr. 2 aufgeführte elektronische Arztbrief sowie die in Abs. 3 Nr. 1 angeführten Daten für die Notfallversorgung sind ebenfalls in Abs. 2 als verpflichtende Anwendung aufzunehmen. Absatz 2 muss die direkte Abrechnung zwischen Apothekern und Krankenkassen ermöglichen. Die Formulierung

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

"Angaben aufzunehmen" ist zu streichen. Die bisherige Formulierung des Abs. 2 erster Satz bis einschl. Nr. 1 sollte beibehalten werden.

3. Die Formulierung "Erheben, Verarbeiten, Nutzen" ist mit Ausnahme von Abs. 3 Punkt 1 und 6 zu ersetzen durch "Bereitstellung über Verweisfunktionen". Die in Abs. 3 Nr. 2 aufgeführten Daten (elektronischer Arztbrief) sind unter Abs. 2 als neuer Punkt aufzunehmen.
4. Abs. 3 ist zu ändern in: "Vor Nutzung der Karte haben die Kostenträger und Leistungserbringer umfassend für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich..". Der Prozess der Einwilligung kann in schriftlicher oder elektronischer Form erfolgen, jedoch nicht auf der Karte.
5. Siehe Stellungnahme.
6. Siehe Stellungnahme.
7. Abs. 4 Satz 1 ist zu ergänzen um "Krankenkassen". In Absatz 4 Satz 7 ist „Absatz 2 Nr. 1“ zu streichen. Abs. 4 Satz 3 ist umzuformulieren in: "Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass jeder Zugriff auf die Daten protokolliert wird."
8. Siehe Stellungnahme.
9. Siehe Stellungnahme.
10. Siehe Stellungnahme.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 293 Abs. 1 SGB V (Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Wörter "von maschinell lesbaren Datenträgern" werden durch die Wörter "elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger" ersetzt.

B. Stellungnahme

Diese Änderung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen jahrelang gefordert, da hierdurch die Übermittlung von Papierunterlagen abgeschafft werden soll. Die Änderung ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 293 Abs. 4 und 5 SGB V (Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung wird geregelt, dass der Datenaustausch mit Leistungserbringern auf Basis der unverschlüsselten Arzt- und somit auch der Zahnarzt Nummer durchzuführen ist.

Die Wörter "von maschinell lesbaren Datenträgern" werden durch die Wörter "elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger" ersetzt.

B. Stellungnahme

Die Regelungen sind zu begrüßen.

Das den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelte Arztverzeichnis (§ 293 Abs. 4 SGB V) versetzt die Krankenkassen nicht in die Lage, ihre gesetzlichen Aufgaben vollständig und valide durchzuführen. Die Regelungen des § 293 Abs. 4 sind zu konkretisieren.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 293 Abs. 4 SGB V (Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine.

B. Stellungnahme

Das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an die Spitzenverbände der Krankenkassen nach geltender Fassung des § 293 Abs. 4 SGB V übermittelte Arztverzeichnis reicht den Krankenkassen hinsichtlich Umfang und Inhalt nicht aus, um ihre gesetzlichen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können. Dies betrifft insbesondere die Prüfung der Abrechnungsdaten nach den §§ 295 ff. SGB V sowie die Aufbereitung der Daten zur Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfung.

C. Änderungsvorschlag

§ 293 Abs. 4 SGB V ist zu konkretisieren:

Die KBV und die KZBV führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie ärztlich und zahnärztlich geleiteter Einrichtungen. Das Verzeichnis enthält folgende Angaben:

1. Vertragsarzt-/zahnarzt Nummer (unverschlüsselt),
2. Hausarzt-/Facharzt Kennung,
3. Teilnahmestatus (zugelassen/ermächtigt),
4. Geschlecht des Vertragsarztes/-zahnarztes (Anrede),
5. Titel des Vertragsarztes/-zahnarztes,
6. Name des Vertragsarztes/-zahnarztes,
7. Vorname des Vertragsarztes/-zahnarztes,
8. Geburtsdatum des Vertragsarztes/-zahnarztes,
9. Straße der Arzt-/Zahnarztpraxis/der Einrichtung,
10. Hausnummer der Arzt-/Zahnarztpraxis/der Einrichtung,
11. Postleitzahl der Arzt-/Zahnarztpraxis/der Einrichtung,
12. Ort der Arztpraxis/Zahnarztpraxis/der Einrichtung,

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

13. Beginn der Gültigkeit der Vertragsarzt/-zahnarzt Nummer und

14. Ende der Gültigkeit der Vertragsarzt/-zahnarzt Nummer.

Das Verzeichnis ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Arzt- und Zahnarzt Nummer ist so zu gestalten, dass sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, dass die Arzt- und Zahnarzt Nummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglicht. KBV und KZBV stellen sicher, dass das Verzeichnis die Arzt- und Zahnarzt Nummern enthält, welche Vertragsärzte und -zahnärzte im Rahmen der Abrechnung ihrer erbrachten und verordneten Leistungen mit den Krankenkassen verwenden. Die KBV und die KZBV stellen den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31.03.2004 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Spitzenverbände stellen ihren Mitgliedskassen und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Spitzenverbände das Verzeichnis nicht verwenden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 295 Abs. 1 Nr. 3 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Abrechnungsunterlagen in Überweisungsfällen beinhalten künftig die Arztnummer des überweisenden Arztes.

Die Angabe "8" wird durch die Angabe "10" ersetzt.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist zu begrüßen.

Bei der Ersetzung der Angaben handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Erweiterung der Angaben auf der Krankenversichertenkarte bzw. der elektronischen Gesundheitskarte. Die Bewertung der Folgeänderung steht in Abhängigkeit zur Stellungnahme zu den §§ 291 und 291a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 295 Abs. 1 a SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Angabe "§ 83 Abs. 2" wird durch die Angabe "§ 106a" ersetzt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, welche akzeptiert werden kann.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 295 Abs. 1 b SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungserbringer, welche mit den Krankenkassen und ihren Verbänden Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen haben, werden verpflichtet, ihr Institutionskennzeichen anzugeben und die Informationen nach Absatz 1 elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern bereitzustellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen ohne erforderliche Abstimmung mit anderen Leistungserbringerorganisationen entsprechende Richtlinien.

B. Stellungnahme

Die Regelungen sind zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Wörter "von maschinell lesbaren Datenträgern" werden durch die Wörter "elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger" ersetzt.

Klargestellt wird, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die erforderlichen Angaben über die abgerechneten Leistungen arzt- und fallbezogen zur Verfügung stellen müssen.

B. Stellungnahme

Die Regelungen sind zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 295 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang keine.

B. Stellungnahme

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen den Krankenkassen aufgrund einer Entscheidung des Bundesschiedsamtes die Daten nach 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht arzt- und versichertenbezogen zur Verfügung. Grund für die Entscheidung des Bundesschiedsamtes war die nicht eindeutige Formulierung des § 295 Abs. 2 SGB V. Eine Konkretisierung ist daher erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

§ 295 Abs. 2 Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

"Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen die Angaben nach Satz 1 für Versicherte, die an den Programmen nach § 137f teilnehmen arzt- und versichertenbezogen; die Arzt- und Versichertennummer wird nicht verschlüsselt und nicht pseudonymisiert."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 295 Abs. 2 a SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungserbringer, welche mit den Krankenkassen und ihren Verbänden Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung abgeschlossen haben, werden verpflichtet, ihre Angaben gemäß § 292 SGB V aufzuzeichnen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 295 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung regelt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die Datenübermittlung und Aufbereitung von Abrechnungsunterlagen nach den §§ 296, 297 und 297a vereinbaren.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 295 Abs. 4 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsärzte werden verpflichtet, ihre Abrechnungsunterlagen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln.

B. Stellungnahme

Die Regelungen sind zu begrüßen, da somit auch eine vollständigere Übermittlung der Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V an die Krankenkassen zu erwarten ist.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 296 Abs. 1 und 2 SGB V (Auffälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung stellt klar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse – nicht mehr, wie bisher den Krankenkassen – Arztnummern, Kassenummern und Fallzahlen für die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V übermitteln.

Die Übermittlung der Anzahl der Überweisungsfälle, die durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe und die Häufigkeit der abgerechneten Gebührenordnungspositionsnummern sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr vorzunehmen (alte Regelung des § 296 Abs. 1 Nr. 4 bis 6 SGB V).

Die Streichung von Absatz 2 steht im Zusammenhang mit der Neufassung des Absatzes 1.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V.

Der Wegfall der Informationen zur Anzahl der Überweisungsfälle, die durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe und die Häufigkeit der abgerechneten Gebührenordnungspositionsnummern ist kritisch zu sehen. In der geplanten Änderung des § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V werden die ärztlich erbrachten Leistungen nicht mehr erwähnt. Das bedeutet aber nicht, dass Sie nicht mehr Bestandteil der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind (siehe Neufassung § 106 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Werden die ärztlich erbrachten Leistungen auch weiterhin Bestandteile der Wirtschaftlichkeitsprüfung sein, sind die Angaben Anzahl der Überweisungsfälle, die durchschnittliche Anzahl der Fälle der vergleichbaren Fachgruppe und die Häufigkeit der abgerechneten Gebührenordnungspositionsnummern von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse zu übermitteln (alte Regelung des § 296 Abs. 1 Nr. 4 bis 6 SGB V).

Sofern die Änderung mit der Neufassung des § 106 b SGB V in kausalem Zusammenhang steht, ist zu klären, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits für die Vertragsärzte, die keine Einzelverträge schließen, die o. g. Informationen liefern, und andererseits wer diese Informationen für die Dauer der - vermutlich entstehenden - Übergangsfrist bereitstellt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Ansonsten wird auf die Stellungnahme zu den Änderungen des § 106 Abs. 2 SGB V verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Es muss sichergestellt werden, dass zumindest solange noch die weiteren Informationen zu den Überweisungsfällen, dem Fachgruppenvergleich und der Häufigkeit der abgerechneten Gebührenziffern KV-seitig zur Verfügung gestellt werden, bis die angedachten Neuregelungen in der Versorgung umgesetzt sind.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 296 Abs. 2 (neu) SGB V (Auffälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung stellt klar, dass die Krankenkassen den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse – nicht mehr, wie bisher den Kassenärztlichen Vereinigungen - Arztnummern, Kassennummern und Art, Menge und Kosten verordneter Arznei-, Verbands- und Heilmittel zur Prüfung § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V übermitteln.

Die Übermittlung der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen und deren Dauer ist von Krankenkassen nicht mehr vorzunehmen (alte Regelung des § 296 Abs. 3 Nr. 4 SGB V).

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V. Grundsätzlich kann die geplante Änderung akzeptiert werden.

Ansonsten wird auf die Stellungnahme zu den Änderungen des § 106 Abs. 2 SGB V verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Siehe § 106 Abs. 2 SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 296 Abs. 3 (neu) SGB V (Auffälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen im Vertrag nach § 295 Abs. 3 Nr. 5 SGB V Näheres über Arten und Gruppen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, deren Kennzeichnung in den bereitzustellenden Daten sowie Fristen zur Datenübermittlung.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V. Grundsätzlich kann die geplante Änderung akzeptiert werden.

Der Form halber sollte das Wort "bestimmen" durch "vereinbaren oder regeln" ersetzt werden.

C. Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

"Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren oder regeln im Vertrag nach § 295 Abs. 3 Nr. 5 Näheres über die...."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 296 Abs. 5 SGB V (Auffälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung entbindet die Krankenkassen von der Verpflichtung Statistikdaten zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu liefern.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V. Grundsätzlich kann die geplante Änderung akzeptiert werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 297 Abs. 1 SGB V (Zufälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Vereinigung wird befugt, für jedes Quartal eine Liste von Ärzten, die in ein Stichprobenprüfverfahren involviert werden sollen, an die Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses zu übermitteln.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung der §§ 106 Abs. 3 und Abs. 4 a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 297 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Zufälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln künftig die für die Durchführung der Stichprobenprüfung relevanten Daten aus den Abrechnungsunterlagen an die Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V.

Gegenüber der Fassung im 3. Rohentwurf wurde die Formulierung leicht geändert. Die Intention der geplanten Änderung bleibt jedoch unverändert und kann akzeptiert werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 297 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Zufälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 wird um "bei Überweisungen mit dem Auftrag des überweisenden Arztes" erweitert.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V und kann grundsätzlich akzeptiert werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 297 Abs. 3 Satz 1 SGB V (Zufälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, zur Durchführung der Stichprobenprüfung die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit unter Angaben der Arzt-, Kassen und Versichertennummer in Form von Datensätzen bereitzustellen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung des § 106 Abs. 4 a SGB V.

Hinweis:

In Fachkreisen wird die bereits seit Jahren im Gesetz verankerte Regelung zur Bereitstellung von Arbeitsunfähigkeitsstatistikdaten zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung kontrovers diskutiert.

Zum einen kann keine verbindliche Aussage darüber getroffen werden, welchem Vertragsarzt die Arbeitsunfähigkeitstage im Falle einer Folgebescheinigung oder einer Krankenhauseinweisung mit anschließender Arbeitsunfähigkeit oder Krankengeldzahlung zugeordnet werden oder ob Krankenhaustage ebenfalls als Arbeitsunfähigkeitstage gelten. Wenn ja, welchem Vertragsarzt werden diese zugeordnet und wie ist im Falle der Selbsteinweisungen zu verfahren?

Zum anderen wird die Sinnhaftigkeit einer Arbeitsunfähigkeitsstatistik in Frage gestellt. Diese Statistik bietet dem Vertragsarzt ggf. die Möglichkeit, sich auf Umwegen von anderen Verfehlungen hinsichtlich der wirtschaftlichen Verordnungsweise zu exkulpieren.

C. Änderungsvorschlag

Daten zur Bereitstellung von Arbeitsunfähigkeitsstatistiken sollen nicht erhoben werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 297 Abs. 3 Satz 2 ff. SGB V (Zufälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Regelungen konkretisieren den Umfang der von den Krankenkassen zu liefernden Daten im Bereich der Arzneimittel-, Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitsstatistikdaten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen im Hinblick auf die Neufassung der §§ 106 Abs. 4 a SGB V.

Die Übermittlung der Pharmazentralnummer bei den Arzneimitteldaten ist für die Krankenkassen unproblematisch, da die von den Apothekenrechenzentren übermittelten Daten nach § 300 SGB V diese Angaben bereits flächendeckend beinhalten und somit auch elektronisch verfügbar sind. Der eingefügte Satz 4 kann akzeptiert werden.

Die in Satz 5 vorgeschriebene Übermittlung der Zusatzinformationen bei den Krankenhausdaten kann derzeit von keiner Krankenkasse geleistet werden, da die Umsetzung des Datenaustausches nach § 301 SGB V von Seiten der Krankenhäuser nicht gefördert wird. Die Angaben liegen nicht in elektronischer Form vor und wären von den Krankenkassen mit exorbitant hohem Aufwand, dessen Kosten und Nutzen in keinem Verhältnis stehen, nachzuerfassen.

Die in Satz 6 vorgeschriebene Übermittlung der Zusatzinformationen bei den Arbeitsunfähigkeitsstatistikdaten kann derzeit von vielen Krankenkassen nicht geleistet werden. Arbeitsunfähigkeitsmeldungen erreichen die Krankenkassen stets auf dem Papierwege. Jede Krankenkasse erfasst die Informationen in unterschiedlichem Umfang und zwar so, dass die daraus resultierenden Leistungsansprüche geprüft werden können (z. B. Krankengeld). Die Angaben liegen nicht in elektronischer Form vor und wären von den Krankenkassen mit exorbitant hohem Aufwand, dessen Kosten und Nutzen in keinem Verhältnis stehen, nachzuerfassen.

C. Änderungsvorschlag

Der eingefügte Satz 5 ist zu streichen.
Der eingefügte Satz 6 ist zu streichen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 297 Abs. 4 SGB V (Zufälligkeitsprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Wort "Stichprobenprüfung" wird durch die Wörter "§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2" ersetzt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Neufassung ders § 106 Abs. 4 a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 297a SGB V (Richtlinienprüfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen werden verpflichtet, den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse die Daten zu übermitteln, die für die Durchführung der Richtlinienprüfungen nach § 106 Abs. 5 b SGB V (s. Stellungnahme dort) notwendig sind.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Richtlinienprüfung nach § 106 Abs. 5 b SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 300 SGB V (Datenaustausch mit Apotheken)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung, dass auch sog. Nullrezepte, d. h. Verordnungen bei denen der Preis des abgegebenen Arzneimittels unterhalb der gesetzlichen Zuzahlung liegt, abgerechnet werden müssen. Gleichzeitig wird ein Vorrang für die elektronische Datenübermittlung eingeräumt, die bisherige Option der Übermittlung von Papierbelegen ist praktisch damit abgeschafft.

B. Stellungnahme

Zur Zeit werden diese Rezepte nur deshalb geliefert, weil den Apotheken keine zusätzliche Belastung in Form des Rabattabzuges nach § 130 SGB V droht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 301 SGB V (Datenübermittlung Krankenhäuser)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Begriff maschineller Datenaustausch wird durch den Begriff der "elektronischen Datenübertragung" ergänzt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 301a SGB V (Abrechnung von Hebammen und Entbindungspflegern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 301a wird geregelt, dass zukünftig Hebammen und Entbindungspfleger Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermitteln müssen.

B. Stellungnahme

Es ist aus Transparenzgründen zu begrüßen, dass auch Hebammen und Entbindungspfleger - wie andere Leistungserbringer - zur maschinellen Abrechnung verpflichtet werden.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 302 Absatz 1 und 3 SGB V (Abrechnung von sonstigen Leistungserbringern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Abrechnungsverfahren für die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer wird zukünftig auf die elektronische Datenübertragung oder die Übermittlung maschinell verwertbarer Datenträger begrenzt. Abrechnungen in Papierform sind somit ausgeschlossen.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist zu begrüßen, da sie das Reformziel der erhöhten Transparenz nachhaltig unterstützt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 303 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Ergänzende Regelungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können künftig zur Vorbereitung und Kontrolle der Umsetzung der Vereinbarungen nach § 106 SGB V keine Arbeitsgemeinschaften nach § 219 SGB V mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der dafür erforderlichen Daten beauftragen.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist als Folgeänderung zur Neufassung des § 106 Abs. 4a SGB V anzusehen. Diese Aufgaben wurden den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse zugewiesen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 303 Abs. 3 Satz 1 SGB V (Ergänzende Regelungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, Daten, die von den Leistungserbringern nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar übermittelt werden, nachzuerfassen.

Für den daraus resultierenden Aufwand können die Krankenkassen dem betroffenen Leistungserbringer die Rechnung um bis zu 5 % kürzen.

B. Stellungnahme

Die Regelung erhöht den Druck auf die Leistungserbringerseite, Abrechnungen im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu übermitteln. Gleichzeitig werden die Krankenkassen jedoch verpflichtet, personelle Kapazitäten für die Nacherfassung von Papierabrechnungen aufrechtzuerhalten. Dabei sind für die Krankenkassen der Anteil an Papierabrechnungen und somit die erforderlichen personellen Kapazitäten nicht einschätzbar. Dies führt zu Problemen, da eine Vielzahl der Krankenkassen externe Dienstleister mit der Abrechnungsprüfung und der Nacherfassung von Papierabrechnungen beauftragt haben. Aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen sollte die Verpflichtung der Leistungserbringer zur elektronischen Abrechnung daher konsequenterweise auch mit einer Abweisung von Papierabrechnungen durch die Krankenkassen verbunden werden.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Krankenkassen technisch nicht ausgestattet sind, Abrechnungsbelege nachzuerfassen. Die Schaffung dieser technischen Voraussetzungen ist vermutlich mit hohen Kosten verbunden. Gleiches gilt für den Fall, dass die Krankenkassen die Nacherfassung in Auftrag geben. Hier muss die Frage gestellt werden, in wie weit eine Rechnungskürzung von bis zu 5 % die tatsächlich entstandenen Kosten decken kann. Hier sollte von einem höheren Wert ausgegangen werden, der gleichzeitig auch den Anreiz für die Leistungserbringer, sich gesetzeskonform zu verhalten, erhöht.

Die Änderungen in Absatz 3 bewirken, dass der derzeitige Satz 2 Satz 3 wird. Diese Änderung fehlt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

In § 303 Abs. 3 Satz 2 wird die Ziffer "5" durch die Ziffer "10" ersetzt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 303a bis f (allgemein) SGB V (Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz.

Die Arbeitsgemeinschaft hat die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauensstelle und einer Datenaufbereitungsstelle zu gewährleisten. Darüber hinaus wird ein Beirat gegründet.

B. Stellungnahme

Die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung war einvernehmliches Ergebnis des Workshops zum Thema Datentransparenz am 22./23. Januar 2002. Sie verfolgt das Ziel, eine Datenbasis für allgemeine Aufgaben der Planung und Entwicklung zu schaffen und den Missbrauch der Gesundheitsdaten zu vermeiden. Den Krankenkassen muß die Durchführung ihrer Aufgaben, u.a. die der Rechnungsprüfung ermöglicht werden

Die Arbeitsgemeinschaft ist nicht kompatibel mit der Änderung der Rahmenbedingungen des Vertragsrechts, die das GMG vornimmt. Individuelle Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Facharztgruppen, zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sowie sektorübergreifende Modelle der integrierten Versorgung verlangen den Aufbau einer dispositiven Datenbasis bei jeder Krankenkasse, und zwar unabhängig von den Wettbewerbern und den Leistungserbringern. Neue leistungsfähigere oder effizientere Versorgungsformen können nur entstehen, wenn die einzelne Kasse die Leistungselemente der hausärztlichen, fachärztlichen und Krankenhausbehandlung variabel in sektorübergreifende Prozesse integrieren und die Abweichung der tatsächlichen von den Planausgaben für die integrierten Prozesse überwachen und im Fallmanagement beeinflussen kann.

Der Rückgriff auf die Daten der AG Datentransparenz ist für eine wettbewerbliche Vertragspolitik zu bürokratisch und inflexibel. Die Kassen müssten jeweils Anträge stellen, die von der Konkurrenz beurteilt werden. Die Trägerorganisationen werden ihren Einblick nutzen, potenziell wirksame Nutzungskonzepte zu kopieren, unliebsame Wirkungen mit technischen oder organisatorischen Auflagen zu entschärfen und drohende Wettbewerbsvorteile durch Verzögerung abzuwenden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Die Krankenkassen können die Metamorphose vom Kostenträger, der gesetzlichen Zahlstelle für Leistungsansprüche, zum Leistungsträger und Anbieter neuer Versorgungsmodelle nur erfolgreich durchlaufen, wenn sie über die Leistungsdaten der eigenen Versicherten verfügen und sie zu dispositiven Zwecken und zum individuellen Fallmanagement nutzen. Beide Seiten - Leistungsplanung und Fallmanagement - sind zwei Seiten der Unternehmensfunktion Versorgungsmanagement. Wenn beide Funktionen organisatorisch auf unterschiedliche Träger verteilt werden, verzögert das die Ausbildung unternehmenseigener Planungs- und Steuerungskompetenz.

C. Änderungsvorschlag

Eine wettbewerbliche und wirtschaftliche Vertragspolitik der Krankenkassen verlangt, dass die Krankenkassen - unbeschadet der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz - unmittelbar und in Eigenregie Versichertenkonten mit den leistungsveranlassenden Indikationen und den erbrachten Leistungskomplexen/Fallpauschalen sowie den zugehörigen Leistungsausgaben der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung vorhalten.

Die Versichertenkonten brauchen nicht die über die elektronische Gesundheitskarte (§ 291a) gespeicherten Behandlungsdaten zu enthalten. Die Krankenkassen brauchen zur Steuerung integrierter Versorgungsprozesse nicht operativ in die ärztliche Behandlung eingreifen, sie müssen vielmehr die Kosteneffizienz der abgerechneten Leistungskomplexe aller Leistungssektoren im Zusammenhang kennen, um durch Variation der Beiträge der beteiligten Leistungserbringer die Versorgungsprozesse hinsichtlich der erreichten Gesundheitsziele und der Kosten durchzurechnen und zu optimieren und die Kooperation der beteiligten Akteure prozesssteuernd zu unterstützen.

Maßnahmen zur Sicherung sensibler Gesundheitsdaten gegen missbräuchliche Nutzung können ebensogut innerorganisatorisch erreicht werden. Hierzu ist eine Auslagerung in eine neue Institution nicht erforderlich.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 303a bis f SGB V (Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz, welche die Erfüllung der Aufgaben einer Vertrauens- und Datenaufbereitungsstelle (§ 303a SGB V) zu gewährleisten hat. Die Arbeitsgemeinschaft hat dem BMGS bis zum 31.12.2003 einen Bericht über die Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen für den Datenaustausch in der GKV vorzulegen. Den auf der Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben, welche in den Bericht einzubeziehen sind.

Ein Beirat, bestehend aus Vertretern der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen, dem Bundesdatenschutzbeauftragten, den Vereinigungen von Patienten und Aufsichtsbehörden, wird zur Begleitung der Datenerhebung gebildet (§ 303b SGB V).

Die Arbeitsgemeinschaft arbeitet im Hinblick auf die Datenerhebung, -übermittlung, -verarbeitung und -nutzung "im Benehmen" mit dem Beirat (§§ 303e und f SGB V). Dem Beirat sollen die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten maßgebliche Organisation auf Bundesebene angehören.

Für das Datenmanagement sollen folgende öffentliche Stellen eingerichtet werden:

1. Eine Vertrauensstelle, bei der die Daten hinsichtlich der Leistungserbringer und der Versicherten pseudonymisiert werden (§ 303c SGB V). Die Daten des Versicherten oder Leistungserbringers dürfen nicht reidentifiziert werden und sind nach Pseudonymisierung und Übermittlung an die Datenaufbereitungsstelle bei der Vertrauensstelle zu löschen.
2. Eine Datenaufbereitungsstelle, bei der die Daten zur Auswertung bereitgestellt werden (§ 303d SGB V).

Vertrauensstelle und Datenaufbereitungsstelle sind räumlich, organisatorisch und personell von den Trägern der Arbeitsgemeinschaft, deren Mitgliedern und den Nutzungsberechtigten zu trennen.

Die in der Datenstelle erhobenen Daten können für Zwecke der Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivpartner, zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, zur Planung von Leistungsressourcen, für Längsschnittanalysen, zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse und zur Analyse und Entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsformen genutzt werden. Die Arbeitsgemein-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

schaft legt einen Katalog vor, der die Zwecke der Datennutzung beschreibt (§ 303f SGB V).

B. Stellungnahme

Die Regelungen der §§ 303a bis f SGB V knüpfen an die seitens des BMGS erarbeiteten Eckpunkte für ein Datentransparenzgesetz vom April 2002 an.

Die Schaffung einer neuen Infrastruktur für dispositive Datenbestände ist am Ziel des Datenschutzes und am Datenbedarf für allgemeine, den Vertragswettbewerb einzelner Krankenkassen und Leistungserbringer überschreitender Planungsaufgaben orientiert. Sie ist vom Ansatz her unvereinbar mit der Weiterentwicklung der Krankenversicherung in eine solidarische Wettbewerbsordnung mit wettbewerblicher Gestaltung der Vertragsbeziehungen.

- Die Herauslösung der fachärztlichen Versorgung aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und Überführung in den Vertragswettbewerb der Krankenkassen verlangt individuelle Vereinbarungen über Art und Umfang des Versorgungsbeitrags und ihre Integration in ein Gesamtmodell des Versorgungspfades.
- Die Flexibilisierung des Leistungsbeitrags der fachärztlichen Versorgung hat Rückwirkungen auf den Inhalt der hausärztlichen Versorgung. Auch die hausärztlichen Leistungen müssen durch die Verträge über Versorgungsmodelle für definierte Indikationsgruppen maßgeschneidert gestaltet und prozessorientiert überwacht werden.
- Die Öffnung der Krankenhäuser für höherwertige fachärztliche Leistungen durch individuelle Versorgungsverträge der Kassen und Krankenhäuser verlangen die Anpassung der Verträge mit den übrigen Leistungserbringergruppen.
- Die Substitution ambulanter und stationärer Leistungen mit dem Ziel einer höheren Kosteneffizienz im Hinblick auf den Verbrauch veranlasster Leistungen (Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Prävention und Rehabilitation) zwingt, auch diese Leistungen über ein versichertenbezogenes Leistungskonto in die Planung und Überwachung von Modellbudgets einzubeziehen.

Aufgrund des gesetzlichen Auftrages sollen die Krankenkassen ein Versorgungsmanagement leisten. Hierzu müssen sie ihr Leistungs- und Kostenmanagement auf die eigenen Geschäftsdaten stützen. Der Aufbau einer Infrastruktur wettbewerbsneutrale Planungsdaten bei einer externen Stelle ist vom Ansatz her wettbewerbsfremd und der Schaffung wettbewerbsorientierter Organisationsstrukturen der Krankenkassen abträglich. Er kann die kasseneigene Infrastruktur allenfalls für die Zwecke allgemeiner Planungsaufgaben ergänzen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Der Arbeitsgemeinschaft kommt eine die eigenständige Datenhaltung der Krankenkassen ergänzende Funktion zu. Sie stellt statistische Werte der GKV, gegliedert nach Kassenart und Region, zur Verfügung, die jedem Akteur Referenzwerte zur Bewertung der eigenen Geschäftsdaten liefern.

Sofern an der Schaffung eines Datenpools mit Monopolcharakter festgehalten wird, sind folgende negativen Wirkungen zu bedenken:

1. Träger sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106a SGB V künftig ausschließlich den Sicherstellungsauftrag für die hausärztliche, augenärztliche und frauenärztliche Versorgung haben, ist absehbar, dass die neue Organisation ein Hemmschuh für die Entstehung neuer Organisations- und Vergütungsformen außerhalb der etablierten Anbieterkartelle sein wird.
2. Der zu bildende Beirat ist ein "Vetokartell", das innovative Modelle in kleinem Rahmen durch bürokratische und technische Anforderungen verhindern und verzögern wird. Es ist unklar, wer die für die Wahrnehmung der Patienten maßgebliche Organisation auf Bundesebene sein soll.
3. Eine Vertrauensstelle als unabhängige Institution ist nicht erforderlich, da im gesamten Prozess keine Reidentifikation von Leistungs- und Abrechnungsdaten erfolgen darf. Dieses setzt jedoch voraus, dass den Krankenkassen die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Bereich der Abrechnung und Versorgungsmanagement notwendigen Daten zur Verfügung stehen. Eine einheitliche Pseudonymisierung kann gleichermaßen von den unterschiedlichen datenliefernden Stellen durchgeführt werden und sollte auch erfolgen, wenn die Krankenkassen eine unternehmenseigene Planungsdatenbasis schaffen.
4. Stichprobenverfahren sind allenfalls in der Anfangsphase des "Projektes Datenpool" möglich. Für den Betrieb mit den in § 303f Abs. 2 SGB V angegebenen unterschiedlichen Nutzungsmöglichkeiten ist eine Vollerhebung erforderlich. Jedes Stichprobenverfahren wäre im Hinblick auf den Auswertungszweck zu definieren. Beispielsweise erfordert die Planung von Leistungsressourcen eine andere Stichprobenart als die Analyse eines Vorhabens zu sektorübergreifenden Versorgungsformen. Die Formulierung in § 303e (Prüfung, ob die Erhebung einer Stichprobe ausreichend ist) eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit, auf eine Vollerhebung ganz zu verzichten. Um valide Stichproben durchführen zu können, sind allerdings Kenntnisse über eine Grundgesamtheit der Daten erforderlich.
5. § 303f Abs. 1 sieht vor, dass nur die Spitzenverbände der Krankenkassen, nicht aber ihre Mitglieder, Daten verarbeiten und nutzen können. Die Regelungen zur Datennutzung in Abs. 2 SGB V sind widersprüchlich, es sei denn, dass die in

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Abs. 2. aufgezählten Zwecke im Katalog näher definiert werden. Das BMGS behält sich eine Ersatzvornahme vor. Innovation setzt voraus, dass die einzelne Kasse mit ihren Daten experimentiert. Ein Antragsverfahren bei der Datenaufbereitungsstelle, in dem neue Ideen vor der Konkurrenz offengelegt und gerechtfertigt werden müssen, ist kontraproduktiv. Das Antragsverfahren sollte bei der Arbeitsgemeinschaft gestellt werden.

6. Die vorgesehenen Regelungen zur Datentransparenz bedingen den Aufbau zahlreicher zusätzlicher Strukturen. Unklar ist vor allem deren Finanzierung. Lediglich in § 303f Abs. 2 SGB V wird darauf hingewiesen, dass Nutzungsgebühren zu erheben sind. Es werden keine Aussagen darüber gemacht, wer diese zahlt. Die Nutzergebühren sollten in Form einer Staffelung gegliedert werden. Die Institutionen, welche dem Datenpool eine große Menge an Daten zur Verfügung stellen, sind dabei mit geringeren Kosten zu belasten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in der Stellungnahme zu den Eckpunkten im April 2002 folgendes klargestellt:

"Die Zusage der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Trägerschaft - und dementsprechend auch zur Übernahme der Kosten - beschränkt sich ausschließlich auf die Datenaufbereitungsstelle, da die Einrichtung einer Vertrauensstelle aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen nicht erforderlich ist. In Zusammenhang mit der Nutzung der Daten durch berechnigte Dritte halten die Spitzenverbände der Krankenkassen ein weitgehende Refinanzierung der entstandenen Kosten durch eine Nutzungsgebühr für unabdingbar."

Es ist fraglich, ob eine derartige Refinanzierung aufgrund der beabsichtigten Neuregelungen funktionieren wird. Eine zusätzliche finanzielle Belastung der Träger der Arbeitsgemeinschaft muss in jedem Fall vermieden werden.

C. Änderungsvorschlag

- Streichung des § 303b. Aufgrund von verzögernden, wenig zielführenden Wirkungen kann auf den Beirat verzichtet werden. Sollte dennoch daran festgehalten werden, darf ihm ausschließlich eine beratende Funktion zukommen. Die Entscheidungen trifft die Arbeitsgemeinschaft als Träger. Die Mitgliedsorganisationen des Beirats sind namentlich aufzuführen.
- Die Vertrauensstelle ist nicht erforderlich. § 303c SGB V ist zu streichen. Die hier enthaltenen Aufgaben sollten den datenliefernden Stellen übertragen werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

- Um valide Stichproben durchführen zu können, sind Kenntnisse über eine Grundgesamtheit der Daten erforderlich.
- § 303e Abs. 3 SGB V ist ersatzlos zu streichen.
- In § 303f Abs. 1 Satz 1 muss nach den Worten "...können von den Spitzenverbänden" "und ihren Mitgliedern," eingefügt werden
- In § 303f Abs. 2 Satz 1 SGB V sind die Wörter "im Benehmen mit dem Beirat" zu streichen.
- Die Finanzierung der neu zu schaffenden Institutionen muss klar geregelt sein. Insbesondere muss zwingend gewährleistet sein, dass die Träger der Arbeitsgemeinschaft nicht zusätzlich belastet werden. Dies würde die finanzielle Stabilität der GKV weiter gefährden.
- § 303f Abs. 3 SGB V ist zu streichen.
- Neu einzufügen ist § 303a Abs. 4. Dieser sollte lauten: "Die Arbeitsgemeinschaft hat bei Anfragen der nach 303f Abs. 1 berechtigten Stellen zu prüfen, ob der Zweck zur Verarbeitung und Nutzung der Daten dem Katalog nach § 303f Abs. 2 SGB V entspricht, und ob der Umfang und die Struktur der Daten für diesen Zweck ausreichend und erforderlich ist."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt!

Artikel 1, § 303f Abs. 2 SGB V (Datennutzung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 303f SGB V zählt enumerativ auf, zu welchem Zweck Sozialdaten genutzt werden dürfen.

A. Stellungnahme

Um Abrechnungsbetrug wirksam bekämpfen zu können, muss dies ebenfalls als ein zulässiger Verwendungszweck geregelt sein. Sofern an der Schaffung eines Datenpools festgehalten wird, sollte dieser Verwendungszweck zusätzlich aufgeführt werden.

C. Änderungsvorschlag

(neu)

§ 303f Absatz 2 wird um folgende Ziffer ergänzt:
"7. Bekämpfung und Verfolgung von Abrechnungsbetrug".

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 304 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Aufbewahrung von Daten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Wort "Krankenversicherung" werden die Wörter "bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Prüfungsausschüssen" eingefügt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 106 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Aufbewahrung von Daten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufbewahrungsfrist für die Daten zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse und für die Daten nach § 295 SGB V wurde auf vier Jahre, die Aufbewahrungsfrist für die Daten zur Durchführung des Risikostrukturausgleiches und des Risikopools auf sechs Jahre verlängert.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung kann angenommen werden, da die Aufbewahrungsfristen im Gegensatz zur bestehenden Regelung verlängert wurden.

Unklar ist, warum im Gegensatz zu vorangegangenen Arbeitsentwürfen eine Trennung zwischen den einzelnen Datenarten vorgenommen wurde.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 305 Abs. 2 und 3 SGB V (Patientenquittung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Anschluss an die ärztliche Behandlung soll der Patient die Möglichkeit haben, von dem Arzt die zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch genommenen Leistungen quittiert zu bekommen.

B. Stellungnahme

Grundsätzlich sind alle Maßnahmen zu begrüßen, die zu mehr Transparenz und Patientensouveränität führen. Der vorgeschlagene Weg einer Patientenquittung verfehlt dieses Ziel allerdings.

Der Modellversuch in Rheinland-Pfalz hat gezeigt, dass die Akzeptanz einer derartigen Patientenquittung bei Ärzten und Patienten gering ist. Der Informationsgehalt dieser "Quittung" ist ohnehin dürftig. Auch wenn die Umsetzung im Gesetzesvorschlag allein in den Zuständigkeitsbereich der KBV fallen soll, ist mindestens mit finanziellen Forderungen der Ärzteseite zu rechnen. Insgesamt ist die Neuregelung daher abzulehnen.

C. Änderungsvorschlag

Streichung.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 305a SGB V (Beratung der Vertragsärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen werden verpflichtet, den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse die Daten zu übermitteln, die für die Durchführung der Richtlinienprüfungen nach § 106 Abs. 5 b SGB V (s. Stellungnahme dort) notwendig sind.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Richtlinienprüfung nach § 106 Abs. 5 b SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 1, § 311 SGB V (Gleichstellung der Gesundheitseinrichtungen in den neuen Ländern mit den "Gesundheitszentren")

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Einrichtungen der ehemaligen DDR (z.B. Polikliniken) werden den neu eingeführten Gesundheitszentren gleich gestellt.

B. Stellungnahme

Es erfolgt eine Harmonisierung der Sonderregelungen für die neuen Bundesländer. Damit werden zwar u.a. die Sonderrechte für die ehemaligen DDR-Polikliniken aufgehoben. Dies ist aber akzeptabel, da die Organisationsstruktur dieser Einrichtungen durch die neu eingeführten Gesundheitszentren aufgegriffen wird.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 2, § 135 Nr. 5 SGB III (Besonderes Entgelt bei sonstigen Versicherungs-
pflichtverhältnissen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Als Entgelt für die Leistungsbemessung in der Arbeitslosenversicherung soll für Zeiten, in denen Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Krankengeld bestand, ein Entgelt in Höhe $\frac{1}{360}$ der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches) der gesetzlichen Krankenversicherung für jeden Tag des Bezuges von Krankengeld zugrunde gelegt werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine klarstellende Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts der Jahresarbeitsentgeltgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 2, § 345 Nr. 6 Satz 1 SGB III (Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger
Versicherungspflichtiger)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen, die als Bezieher von Krankentagegeld arbeitslosenversicherungspflichtig sind, 70 % der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches).

B. Stellungnahme

Es handelt sich eine klarstellende Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts der Jahresarbeitsentgeltgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 3, § 23a Abs. 5 SGB IV (Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahme)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ist der Beschäftigte in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, ist für die Zuordnung des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts im Rahmen der Märzklauseel allein die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung maßgebend.

B. Stellungnahme

Es handelt sich eine klarstellende Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts der Jahresarbeitsentgeltgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragssatzsicherungsgesetzes.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 3, § 28k Abs. 1 SGB IV (Weiterleitung und Abstimmung von Beiträgen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der von den Pauschalbeiträgen für geringfügig entlohnte Beschäftigungen für Versicherte in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung an den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen zugunsten des RSA weiterzuleitende Anteil ist von den Spitzenverbänden der Sozialversicherung zu vereinbaren.

B. Stellungnahme

Gegen diese ergänzende Regelung bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 3, § 35a SGB IV (Veröffentlichung der Vergütungen der Vorstandsmitglieder)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Anfügung der Sätze 2 und 3 in § 35a Abs. 6 SGB IV wird die Veröffentlichung der Höhe der jährlichen Vergütung der Vorstandsmitglieder von Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen einschließlich Nebenleistungen sowie Versorgungsregelungen geregelt. Sie sind zum 1. März 2004 im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. In gleicher Weise sind Veränderungen der jährlichen Vergütungshöhe oder der wesentlichen Versorgungsregelungen innerhalb eines Monats nach der Vereinbarung zu veröffentlichen.

B. Stellungnahme

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs dient die Regelung der Transparenz im Hinblick darauf, dass es sich bei der Vergütung der Vorstandsmitglieder um den Einsatz öffentlicher Mittel handelt, die auf gesetzlicher Grundlage erhoben werden. Gleichzeitig werde die "Möglichkeit für einen Vergleich geschaffen".

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 3, § 44 SGB IV (Verwaltungsrat bei geöffneten Betriebskrankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung soll die Zusammensetzung des Verwaltungsrats bei geöffneten Betriebskrankenkassen an die der übrigen Krankenkassen (mit Ausnahme der Ersatzkassen), also je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, angeglichen werden. Die bisherige Regelung soll allerdings noch bis zum Ablauf der laufenden Wahlperiode erhalten bleiben.

B. Stellungnahme

Die bisherige Regelung in § 44 Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB IV sieht bereits vor, dass bei Betriebskrankenkassen, die für Betriebe mehrerer Arbeitgeber bestehen, dem Verwaltungsrat jeder Arbeitgeber oder sein Vertreter angehört, die Zahl der Arbeitgebervertreter jedoch die Zahl der Versichertenvertreter nicht übersteigen darf. Jedoch wird nach der Neuregelung die Zusammensetzung des Verwaltungsrates auf Arbeitgeberseite nicht mehr durch die Satzung geregelt, sondern es wird aufgrund von Vorschlagslisten nach § 46 SGB IV, ggf. also auch durch "Friedenswahl" (§ 46 Abs. 3 SGB IV) gewählt. Außerdem sollen nach der vorgesehenen Neuregelung die allgemeinen Regelungen über die Zusammensetzung des Verwaltungsrates für Betriebskrankenkassen gelten, die durch kassenartenübergreifende Vereinigungen nach § 171a Abs. 1 des Entwurfs entstanden sind.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 4, § 29 SGB VII (Arznei- und Verbandmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderungen der Änderungen im SGB V.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 5, § 47a SGB XI (Korruptionsbekämpfungsstellen)

A. Neuregelung

§ 47a 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.

B. 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 gesetzlich legitimiert.

Im Hinblick auf die Tätigkeit des Korruptionsbeauftragten bestehen dieselben Bedenken wie unter § 197a SGB V erwähnt.

C. Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu Artikel 1, § 197a sowie § 274a - c SGB V.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 5, § 56 Abs. 3 SGB XI (Beitragsfreiheit bei Mutterschaftsgeld und Erziehungsgeld)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Beitragsfreiheit bei Bezug von Mutterschaftsgeld und Erziehungsgeld wird aufgehoben.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zur Neufassung des § 224 SGB V sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 5, § 58 Abs. 5 SGB XI (Tragung der Beiträge bei anderen Mitgliedern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine. Die Änderung ist redaktioneller Art.

B. Stellungnahme

Die Änderung ist wegen des Einfügens der neuen Absätze 6 und 7 sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 5, § 58 Abs. 6 und 7 SGB XI (Tragung der Beiträge bei anderen Mitgliedern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Keine. In der Pflegeversicherung verbleibt es, anders als in der Krankenversicherung, bei der hälftigen Beitragstragung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Es handelt sich daher um Änderungen redaktioneller Art, weil der bisherige Verweis auf die Regelungen des SGB V nicht weiter möglich ist.

B. Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 5, § 61 SGB XI (Beitragszuschüsse für freiwillig Versicherte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach Aufhebung der Beitragsfreiheit für Bezieher von Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder bei Inanspruchnahme von Elternzeit erhalten Versicherte, die sich freiwillig versichern, eine Beitragszuschuss vom Bund.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zu § 258 Abs. 2 - neu - SGB V sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 5a, § 195 RVO, § 200b RVO (Entbindungsgeld)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bisher erhalten Versicherte, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld haben, ein einmaliges Entbindungsgeld in Höhe 77 €. Diese Leistung wird ersatzlos gestrichen.

B. Stellungnahme

Der geplante Wegfall des Entbindungsgeldes ist akzeptabel.

Im Zusammenhang mit der geplanten Änderung wurden lediglich die §§ 22 und 31 KVLG entsprechend angepasst bzw. aufgehoben (Artikel 6a). Eine solche Anpassung ist auch im § 15 MuSchG erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

§ 15 Nr. 6 MuSchG ist zu streichen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 6, §§ 37 bis 66 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Änderungen im Versicherungs- und Beitragsrecht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung vollziehen im Wesentlichen die in der allgemeinen Krankenversicherung vorgesehenen Regelungen nach.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung zu den Regelungen des SGB V sachgerecht. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 wird insoweit verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 7, § 7 Abs. 1 Satz 1 Künstlersozialversicherungsgesetz (Befreiung von der Versicherungspflicht nach dem KSVG bei dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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.

B. Stellungnahme

Es handelt sich eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuordnung der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Beitragsatzsicherungsgesetzes.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 7, § 7 Abs. 1 a Künstlersozialversicherungsgesetz (Bestimmung zur Anwendung der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei Wohnortverlegung von Deutschland West in das Beitrittsgebiet und umgekehrt)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung von § 7 Abs. 1a KSVG.

B. 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.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 7, § 10 Abs. 1 Satz 3 Künstlersozialversicherungsgesetz (Beitragszuschuss der Künstlersozialkasse für Versicherte, die nach § 7 KSVG von der Versicherungspflicht befreit sind)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. 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.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 8, § 19 Abs. 3 Arbeitssicherstellungsgesetz (Ermittlung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für Personen, die im Verteidigungs- und in Spannungszeiten in ein Arbeitsverhältnis verpflichtet sind)

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 9, § 16 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. 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.

C. Änderungsvorschlag

Folgende Ergänzung ist vorzunehmen:

"Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (§ 101) in der hausärztlichen Versorgung um 25 vom Hundert bzw. in der frauen- oder augenärztlichen Versorgung um 50 v. H. unterschritten wird."
(Folgeänderungsvorschlag zu unserem Änderungsvorschlag bei § 100 SGB V)

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 9, § 24 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

A. Beabsichtigte Neuregelung

"Liegt der Vertragsarztsitz in einem unterversorgten Gebiet, gilt die Pflicht bei der Wohnungswahl nach Satz 2 nicht."

B. Stellungnahme

Nach Satz 2 hat der Vertragsarzt seine Wohnung so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht (Residenzpflicht). D.h., er muss in der Lage sein, auch außerhalb der Sprechstunden in angemessener Zeit an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung zu stehen. Durch den neu angefügten Satz 3 wird diese Pflicht aufgehoben, um einen Anreiz für die Niederlassung in Gebieten zu schaffen, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Unterversorgungsfeststellung gem. § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffen hat.

Die ergänzende Regelung wäre zu begrüßen, wenn dadurch tatsächlich ein Anreiz geschaffen würde und die Versorgung sichergestellt wäre.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 9, § 28 Abs. 1 Satz 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

A. Beabsichtigte Neuregelung

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.

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 9, § 32b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) In den zugelassenen Gesundheitszentren nach § 95 SGB V und den Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V können auch Ärzte angestellt werden, die das 55. Lebensjahr vollendet haben. Es ist daher nicht sachgerecht, das Verbot der Beschäftigung älterer Ärzte allein für die angestellten Ärzte in Vertragsarztpraxen aufrechtzuerhalten. Daher soll in der ZulassungsVO im § 32b Absatz 1 Satz 2 gestrichen werden, der die Altersbegrenzung (§25) beim Eintritt vorschreibt.
- b) Die 2. Änderung regelt, dass auch die angestellten Ärzte in einer Vertragsarztpraxis der Fortbildungspflicht unterliegen und die Genehmigung der Anstellung zu widerrufen ist, wenn die Fortbildung nicht absolviert wird. (§ 32b Abs. 2 neuer angefügter 4. Satz)

B. Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen sind zu begrüßen. Es handelt sich um eine Orientierung an der Beschäftigung von Ärzten in Gesundheitszentren. Die Ergänzung hinsichtlich der Fortbildungsverpflichtung ist die logisch konsequente Umsetzung der vorgesehenen neuen gesetzlichen Regelung.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 9, § 46 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 46 werden Regelungen zu den Gebühren und der Gebührenerhebung getroffen. Durch die ergänzende Nennung insbesondere der "Gesundheitszentren" wird klar gestellt, dass die in der Vorschrift genannten Gebühren auch für alle angestellten Ärzte, Gesundheitseinrichtungen und sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen zu tragen sind. (Folgeänderung von § 95 Abs. 1 neu).

Die überfällige Gebührenanpassung erfolgt bislang nicht.

B. Stellungnahme

Die Klarstellung zur Gebührenerhebung ist zu begrüßen.

Seit mehr als 20 Jahren sind die Gebühren in unveränderter Höhe in der Verordnung festgeschrieben. Grundsätzlich sollten durch die Gebühren, die der Antragsteller zu tragen hat, die Kosten des Verfahrens gedeckt werden. Mit den bisherigen Sätzen (25 - 100 Euro) liegt die Kostendeckung je nach KV bei 20 % bis 30 %.

Eine Anpassung der Gebührensätze war bereits im Entwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 vorgesehen, aber wegen der damit verbundenen Zustimmungspflicht nicht umgesetzt worden.

Es wird vorgeschlagen, die bisherigen Sätze auf das Vierfache zu erhöhen.

C. Änderungsvorschlag

In § 46 Abs. 1 und 2 Zulassungsverordnung werden die Angaben "25" durch "100", "30" durch "120", "50" durch "200" und "100" durch "400" ersetzt.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 10, Änderung der Schiedsamtsverordnung

A. Beabsichtigte Neuregelung

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

B. Stellungnahme

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

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 12, Änderung des Arzneimittelgesetzes

A. Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung der Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln sowie Anpassung an die Möglichkeit der Einführung des elektronischen Rezeptes. Ermächtigung des BMWi im Einvernehmen mit dem BMGS ohne Zustimmung des Bundesrates den Fixaufschlag für Apotheken in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPVO) neu festzusetzen.

B. Stellungnahme

Neben der Zulassung des Versandes von Arzneimitteln an Patienten durch deutsche Apotheken erfolgt eine Gleichstellung von Apotheken aus dem EU-Ausland, d. h., diese müssen bei Versandhandelserlaubnis nach gleichwertigen Anforderungen durch die jeweilige nationale Aufsichtsbehörde ebenfalls beteiligt werden.

Folgeänderung AMPVO/Fixzuschlag und dessen Anpassungsnotwendigkeit entsprechend der Marktentwicklung.

C. Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu Artikel 16.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 13, Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen

A. Beabsichtigte Neuregelung

Eröffnung der Möglichkeit des Mehrbesitzes; eine unbeschränkte Zahl von Apotheken pro Apotheker sind zulässig, eine davon ist (wie bisher) persönlich zu leiten. Darüber hinaus Formulierung der Anforderungen für die Erteilung der Erlaubnis zum Versand von Arzneimitteln.

B. Stellungnahme

Die Möglichkeit des Mehrbesitzes wird konsequent auf eine unbegrenzte Zahl ausgedehnt, Fremdbesitz ist jedoch nach wie vor nicht möglich.

C. Änderungsvorschlag

Möglichkeit der Einbeziehung auch eines Fremdbesitzes fehlt; dazu müssten die Passagen geändert werden, die einen Apothekenbesitz an das Vorhandensein einer deutschen Apotheker-Approbation knüpfen, sowie die Forderung eine Apotheke persönlich leiten zu müssen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 14, Änderung der Apothekenbetriebsordnung

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzende Präzisierung unter welchen Bedingungen die Erlaubnis zum Versand von Arzneimitteln erteilt werden kann, sowie Neuregelung zum Mehrbesitz.

B. Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zur Änderung des Apothekengesetzes (Artikel 13).

C. Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zur Änderung des Apothekengesetzes (Artikel 13).

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 15, Änderung des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

A. Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, was an Informationen im Rahmen des elektronischen Handels mit Arzneimitteln zulässig ist und somit keine unlautere Werbung darstellt.

B. Stellungnahme

Konsequente Folgeänderung der Einführung des elektronischen Handels/Versandhandels mit Arzneimitteln.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 16, Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

A. Beabsichtigte Neuregelung

- Preisfreigabe von nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln beim Verkauf direkt an Patienten
- der maximale Aufschlagssatz für den pharmazeutischen Großhandel wird praktisch halbiert
- auf Apothekenebene wird der bisherige prozentuale Aufschlag durch einen Fixaufschlag i.H.v. 7,30 € je Packung zzgl. 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis abgelöst.
- im Falle von Versand und bei vertraglich vereinbarten Versorgungsformen können Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel frei verhandelt werden.

B. Stellungnahme

Diese Neuregelung bringt im ersten Schritt gegenüber dem Status quo nach dem Beitragssatzsicherungsgesetz keine weiteren Einsparungen.

Sie wird begleitet durch eine Änderung beim Apothekenrabatt: Statt 5 % Rabatt auf den Bruttogesamtbetrag nunmehr 2 € je Packung (s. § 130 SGB V). Gleichzeitig bedeutet dies, dass es künftig praktisch keine so genannten Nullerrezepte mehr gibt (gesetzliche Zuzahlung höher als Packungspreis), die Zahl derjenigen Nullerrezepte aber unbekannt ist, die bisher von Apotheken nicht zur Erfassung an die Krankenkasse weitergeleitet wurden. Hinzu kommen Unwägbarkeiten hinsichtlich Packungsgrößen-Stückelungen, Ausweitung der Anzahl der Verordnungen z.B. durch Verlagerung der bisher verordneten rezeptfreien Arzneimittel auf die dann nur noch GKV-fähigen verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die eine vom BMGS unterstellte kostenneutrale Umstellung bezogen auf den Status quo des BSSichG in Frage stellen können.

Außerdem besteht die Gefahr, dass bei einem evtl. vorzeitigen Wegfall des noch bis Ende 2004 geltenden Preismoratoriums, die Hersteller insbesondere im Hochpreisbereich den entstandenen Spielraum für Anhebungen des Herstellerabgabepreises nutzen (wie bei Einführung der Kappungsgrenze in die AMPVO 1996 bereits geschehen). Die Kappung im Großhandelsbereich mit einem Fixbetrag scheint vor dem Hintergrund der dort angesiedelten primären Lagerhaltungsproblematik (Lagerwertverluste bei fehlendem Umschlag teurer Produkte) korrekturbedürftig. Die freie Vereinbarung von Preisen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel im Rahmen von besonders vereinbarten Versorgungsformen vereitelt auf Grund der dortigen atomi-

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

sierten Strukturen u. U. die korrekte Abbildung von Festbetragslinien für bundesweite Regelungen.

C. Änderungsvorschlag

Entspricht grundsätzlich den Forderungen der Spitzenverbände, sofern an den Rahmenbedingungen noch gefeilt wird, um die oben beschriebenen überproportionalen Dynamisierungseffekte zu kompensieren.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 17, §§ 37 Abs. 1 und 38 Abs. 3 Bundessozialhilfegesetz

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung des § 37 Abs. 1 BSHG stellt den notwendigen Hinweis im BSHG auf die vorgesehene zwingende auftragsweise Leistungserbringung für Hilfeempfänger durch die Krankenkassen dar. Mit der Ergänzung des § 38 Abs. 3 BSHG soll ein wirtschaftliches Verhalten der Sozialhilfeempfänger - entsprechend den gesetzlich Krankenversicherten - erreicht werden.

B. Stellungnahme

Zu § 37 Abs. 1 BSHG siehe Stellungnahme zum Inkrafttreten des § 264 SGB V.

Zu § 38 Abs. 3 BSHG: Die Einführung einer Praxisgebühr wird abgelehnt (vgl. Stellungnahme zu § 28 Abs. 4 SGB V).

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

**Artikel 18, Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung
medizinischer Technologien**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen des "Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien" regeln das (Arbeits-)Verhältnis zwischen DIMDI, Zentrum und Ausschüssen. Danach kann das DIMDI insbesondere durch das Zentrum, die Bundesausschüsse sowie den Ausschuss Krankenhaus mit der Erteilung von Forschungsaufträgen beauftragt werden. Die Aufträge des Zentrums sind vorrangig zu bearbeiten.

Zur Unterstützung bei der Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 18 kann laut Absatz 3 das DIMDI einen wissenschaftlichen Beirat berufen.

B. Stellungnahme

Das Zentrum und die Bundesausschüsse erhalten mit dem DIMDI eine fachliche "Zuarbeiterinstanz" zugewiesen. Eine Abhängigkeit der Ausschüsse vom DIMDI ist nicht wünschenswert.

Die Qualität der Aufarbeitung und fristgerechten Bewertung von Evidenz durch das DIMDI an das Zentrum ist - aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) im DIMDI - zweifelhaft.

C. Änderungsvorschlag

Eine Zuarbeit des DIMDI zu den Ausschüssen ist zu präzisieren, um die Qualität der Zuarbeit sicherzustellen.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 19, Aufhebung des Gesetzes zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Modifikation der Arzneimittelpreisverordnung, in der die Großhandelsrabatte um annähernd 50 % reduziert werden. Dadurch wird der bisher für verschreibungspflichtige Arzneimittel gemäß dem Beitragssatzsicherungsgesetz zu gewährende Rabatt i.H.v. 3 % auf den Apothekenabgabepreis hinfällig.

B. Stellungnahme

Konsequente Folgeänderung der Kürzung der Handelsspanne des pharmazeutischen Großhandels in der Arzneimittelpreisverordnung. Löst somit praktisch die nach dem Beitragssatzsicherungsgesetz zu gewährenden 3 % Rabatt für verschreibungspflichtige Arzneimittel stichtagsgemäß ab. Weitere Einsparungen werden damit nicht erzielt, sondern der Status quo in die Neuregelung überführt.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 21, § 51 Abs. 2 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG soll die Regelung, wonach Rechtsstreitigkeiten nach § 110 SGB V aufgrund einer Kündigung von Versorgungsverträgen mit Hochschulkliniken oder Plankrankenhäusern nicht von den Sozialgerichten (sondern von den Verwaltungsgerichten) entschieden werden, gestrichen werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung der §§ 109 Abs. 3 und 110 Abs. 2 SGB V des Entwurfs, wonach für Streitigkeiten wegen des Abschlusses, der Änderung, der Ablehnung und der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern, auch mit Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken, der Rechtsweg vor die Sozialgerichte gegeben ist.

Die Rechtswegregelung ist sinnvoll, die Folgeänderung im Sozialgerichtsgesetz dann logisch notwendig.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 21, § 206 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (Übergangsvorschriften für den Rechtsweg bei rechtshängigen Verfahren vor den Verwaltungsgerichten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, wonach die Sozialgerichte auch für Rechtsstreitigkeiten wegen der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Plankrankenhäusern zuständig sind, soll keine Anwendung auf Verfahren finden, die am 31. Dezember 2006 bereits rechts-hängig sind.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung entspricht dem prozessualen Grundsatz, wonach Rechtsstreitigkeiten, die im Zeitpunkt einer Gesetzesänderung bereits bei einem Gericht anhängig sind, bei diesem Gericht anhängig bleiben, auch wenn die Gesetzes-änderung eine andere Gerichtszuständigkeit vorsieht. Dagegen bestehen keine Ein-wendungen.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 23, § 6 Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und zur Organisation der Krankenkassen (Moratorium für die Errichtung und Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Moratorium sieht erstens vor, das exklusiv für Betriebs- und Innungskrankenkassen bestehende Recht der Errichtung neuer Versicherungsträger bis zum 01.01.2007 auszusetzen. Zweitens sollen bislang traditionelle Betriebs- und Innungskrankenkassen bis zum 01.01.2007 nur dann geöffnet werden können, wenn sie bereits zehn Jahre bestehen.

B. Stellungnahme

Diese Regelungen werden grundsätzlich begrüßt. Das bestehende Organisationsrecht verzerrt den Wettbewerb der Krankenkassen eklatant zu Gunsten der Betriebs- und Innungskrankenkassen. Diese haben nicht nur als einzige Kassenarten das Recht des Marktzutritts, sie haben auch als Einzige die Option, Vor- und Nachteile des Kassenwettbewerbs abzuwägen und sich allein für den Fall des erwarteten Überwiegens der Vorteile für eine vollständige Teilnahme am Wettbewerb zu entscheiden.

Die angestrebte Vereinheitlichung der Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen sollte aber nicht zu eng befristet werden. Hier ist es vielmehr geboten, das Errichtungs- und Öffnungsmoratorium für Betriebs- und Innungskrankenkassen zeitlich unmittelbar an eine generelle Reform des Organisationsrechts der Kassen zu koppeln. Daher schlagen wir eine Befristung des Moratoriums analog zur Geltungsdauer des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vor.

Die vorgesehene Aussetzung der Öffnungsoption wird jedoch durch die neue Regelung des § 173 Abs. 2 Satz 4 SGB V konterkariert, die für Fusionen von geöffneten mit nicht geöffneten Betriebs- bzw. Innungskrankenkassen vorschreibt, dass die vereinigte Krankenkasse immer eine geöffnete Krankenkasse ist. Folgerichtig bedarf die vorliegende 10-Jahres-Klausel der Ergänzung durch ein entsprechendes Fusionsverbot.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

In den Absätzen 1 und 2 werden die Wörter "bis zum 1. Januar 2007" ersetzt durch die Wörter "bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen".

§ 1 Abs. 2 ist um folgende Sätze zu ergänzen: "Bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen kann einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse, deren Satzung eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V nicht enthält, eine Vereinigung nach § 150 oder § 160 SGB V nur genehmigt werden, wenn die Krankenkasse im Zeitpunkt der Antragstellung bereits zehn Jahre errichtet war, oder der Antrag auf Genehmigung am ... (Tag der ersten Lesung dieses Gesetzes) bei der zuständigen Aufsichtsbehörde eingegangen ist. Satz 2 gilt nicht, wenn keine der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V in ihrer Satzung vorsieht."

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 23, § 7 Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und zur Organisation der Krankenkassen (Weitergeltung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass das GMG keine Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen im Sinne des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vom 19.04.2000 darstellt.

B. Stellungnahme

Gegen diese Neuregelung bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Neu eingefügt

Artikel ..., § ... (Aufhebung des § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 19.05.1941)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im bisherigen Entwurf keine Neuregelung vorgesehen.

B. Stellungnahme

Gegenwärtig besitzt die Bundesknappschaft als einzige gesetzliche Krankenkasse das Recht, ihren Mitgliedern Mehrleistungen bei Krankenhausbehandlung zu gewähren. Rechtsgrundlage ist § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 19.05.1941 (KnVAusbauV). Auf dieser Grundlage gewährt die Bundesknappschaft ausschließlich den bei ihr versicherten Angestellten des Rechtskreises West sowie ihren mitversicherten Ehepartnern und volljährigen Kindern bei Krankenhausbehandlung die Zusatzleistungen Chefarztbehandlung und Unterbringung im Zweibett-Zimmer.

Im Wettbewerb der Krankenkassen, an dem die Bundesknappschaft sowohl als am RSA teilnehmende Krankenkasse als auch - seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse - verstärkt als Wahlkasse teilnimmt, stellt das exklusive Recht einen deutlichen Wettbewerbsvorteil dar. Die Abschaffung dieses Privilegs wird insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des § 194 Abs. 1a SGB V notwendig, mit dem eine einheitliche Rechtsgrundlage für die Vermittlung privater Zusatzversicherungen durch Krankenkassen geschaffen werden soll.

Die Mehrleistungen der Bundesknappschaft waren auch Gegenstand der gutachterlichen Würdigung durch die Schiedsgutachtenstelle in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese war zu dem Ergebnis gelangt, dass die Gewährung und Bewerbung der Zusatzleistungen durch § 2 Abs. 1 KnVAusbauV formal zwar gedeckt ist. Die Gutachter haben jedoch auf diverse Tatbestände der Ungleichbehandlung zwischen den verschiedenen Versichertengruppen hingewiesen, die allenfalls vorübergehend bis zu einer Organisationsreform in der GKV tolerierbar seien.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

C. Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 1 KnVAusbauV sollte aufgehoben werden.

**Stellungnahme des VdAK/AEV zur Formulierungshilfe
für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung des Gesundheitssystems - GMG -
vom 2. Juni 2003**

Artikel 25, § 4 Inkrafttreten (hier: Einzelvertragssystem für fachärztliche Versorgung zum 1. Januar 2005)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Abschluss von Einzelverträgen in der fachärztlichen Versorgung treten (mit Ausnahme einiger Vorläuferbestimmungen) zum 1. Januar 2005 in Kraft.

B. Stellungnahme

Das Inkrafttreten zum 1. Januar 2005 erlaubt eine ausreichend lange Vorbereitungszeit des Einzelvertragssystems. Allerdings steht zu befürchten, dass in der Übergangszeit ein Drang zur Zulassung im jetzigen Kollektivvertragssystem erfolgt, da hierfür verschiedene Bestandsschutzregelungen gelten. Trotz der notwendigen Vorbereitungsarbeiten sollte deshalb ab Inkrafttreten des Gesetzes eine fachärztliche Versorgung nur noch über Einzelvertrag ermöglicht werden. Im schlimmsten Fall könnten dann einige Monate keine neuen Verträge abgeschlossen werden, da zunächst die Vorgaben der Spitzenverbände erarbeitet werden müssten.

C. Änderungsvorschlag

Inkrafttreten des Einzelvertragssystem zum 1. Januar 2004.