

IKK-Bundesverband · Postf. 10 01 52 · 51401 Bergisch Gladbach

An den  
Vorsitzenden des Ausschusses für  
Gesundheit und Soziale Sicherung  
des Deutschen Bundestages  
Herrn Klaus Kirschner, MdB  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Ihr/e Gesprächspartner/in  
Sylvia Weber

Tel.: (0 22 04) 44-3 16  
Fax: (0 22 04) 44-3 35  
E-Mail: sylvia.Weber@bv.ikk.de

Geschäftszeichen:  
S 1.S (1)/es

20. Juni 2003

## Stellungnahme zum GMG

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(37)  
vom 20.06.03  
  
15. Wahlperiode**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

beiliegend erhalten Sie, wie mit Schreiben vom 18. Juni 2003 erbeten, die Stellungnahme des IKK-Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG). Die Benennung der Sachverständigen für den IKK-Bundesverband ist mit separater Mail heute Vormittag an das Ausschusssekretariat erfolgt.

Mit freundlichen Grüßen  
Stabsabteilung Verbandspolitik

gez. Sylvia Weber



## **Stellungnahme zum**

# **Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) (Bundestagsdrucksache 15/1170 vom 16.06.2003)**

## I. Allgemeine Bewertung

### Vorbemerkung

Nach der stark punktuellen Gesetzgebung der letzten Jahre war es Zielsetzung der Bundesregierung, mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) die längst überfälligen Strukturänderungen im Gesundheitswesen anzugehen und somit das Gesundheitswesen "wetterfest" für die anstehenden Jahre zu machen. Diese Zielsetzung ist generell zu begrüßen! Veränderungen, die verkrustete Strukturen, insbesondere in der Leistungserbringung, aufbrechen, den Weg frei machen für ein Zukunftsmodell "integrierte Versorgung", den durch eingeübte Rituale gelebten Korporatismus zu einem wirklichen sozialen Wettbewerb weiterentwickeln und somit echten Fortschritt in der Weiterentwicklung von Versorgung und Versorgungsstrukturen ermöglichen, sind zwingend notwendig. Ebenso ist die Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen – auch der Versicherten – zu betonen und zu stärken.

Zu konstatieren ist allerdings, dass der vorliegende Gesetzentwurf dieser Zielsetzung in kaum einem Punkt gerecht wird. Tragfähige Regelungen, die kurz- bis mittelfristig zu spürbaren Verbesserungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit führen, fehlen weitgehend.

Auch die Realisierungschancen einer Senkung der Lohnnebenkosten, die richtig und zu unterstützen ist, sind zu bezweifeln. Mit Blick auf die derzeitige ökonomische Lage der Krankenkassen und die konkreten Regelungen des Gesetzentwurfs muss das Ziel der Bundesregierung, den durchschnittlichen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – auch schrittweise auf – 13 Prozent zu senken, als unrealistisch bewertet werden. Nach Einschätzung der Spitzenverbände der Krankenkassen beträgt das Einsparvolumen lediglich 7 – 8 Mrd. Euro, in Abhängigkeit von den faktisch aus der Tabaksteuererhöhung zur Verfügung gestellten Finanzmitteln.

Um die von der Bundesregierung gesteckten und von den Innungskrankenkassen geteilten Ziele zu erreichen, sind eine Reihe von Änderungen und Ergänzungen im Entwurf des GMG notwendig. Auf andere Regelungen, wie z.B. die zur Organisationsrechtsreform, müsste jedoch ganz verzichtet werden, um die für Versorgungsverbesserungen notwendigen Kapazitäten bei Krankenkassen und Verbänden nicht kontraproduktiv zu binden.

Zu den wesentlichen Themen der Reform nehmen die Innungskrankenkassen wie folgt Stellung:

### **Erhöhung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch die Liberalisierung des Vertragsrechts und weitere Maßnahmen (Hausarztssystem, Praxiseintrittsgebühr und Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin)**

Sieht man die **Liberalisierung des Vertragsrechtes** als den entscheidenden Weg an, um tradierte und in wesentlichen Punkten zu unerwünschten Ergebnissen führende Strukturen aufzubrechen sowie um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen, ist der gewählte Einstieg über Einzelverträge mit Fachärzten gemäß Artikel 1 Nr. 55 (§ 106b SGB V) unzureichend. Das Nebeneinander alter kollektivvertraglicher und neuer einzelvertraglicher Strukturen mit einem Versorgungstyp „in Abwicklung“ und einem „in Aufbau“ tragen im Ergebnis voraussichtlich nicht zu einer effektiveren und effizienteren

Versorgung bei. Da die Qualitätsvorgaben der kollektivvertragsärztlichen Versorgung im wesentlichen auch für die Einzelverträge gelten, ist ebenfalls nicht zwingend Qualitätsverbesserung vorprogrammiert.

Die Ausgestaltung des § 106b SGB V stellt einen (zu) vorsichtigen Einstieg in einzelvertragliche Strukturen dar. Da keine in sich konsistente "Umstiegsphilosophie" verwirklicht wird, entstehen im Gegenteil neue Risiken für die Versorgungsqualität und die finanzielle Stabilität der GKV. Der Verwaltungsaufwand für die Kassen wird erheblich steigen. In wie weit eine Bereinigung der Gesamtvergütungen zu erreichen ist, die sicherstellt, dass es zu keiner "add-on"-Finanzierung kommt, bleibt fraglich. Dazu drohen ein sich aufschaukelnder Konditionenwettbewerb sowie Versorgungsdisparitäten. Zu all diesen Fragen bleibt der Entwurf die entscheidenden Antworten schuldig. Statt dessen bleiben die bisherigen Zuständigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen zunächst weitgehend unangetastet.

Politik steht in der Verantwortung zu definieren, welches System der Versorgungssteuerung sie haben will. Ein schablonenhaftes "sowohl als auch" ist nicht geeignet, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Mehr Wettbewerb auf der Anbieterseite erfordert Regelungen, die in den Fällen, in denen eine inhaltlich und ökonomisch sinnvolle Weiterentwicklung des Kollektivvertragsrechts nicht möglich ist, kostenneutrale, qualitätsverbessernde und diskriminierungsfreie Einzel- oder Arztgruppenverträge ermöglichen.

In der Stärkung der Rolle der **Hausärzte** unterstützen die Innungskrankenkassen die Bundesregierung. Es sollte dies jedoch ein freiwillig zu nutzendes Instrument bleiben, da die Akzeptanz des Hausarztes als Primärversorger im wesentlichen von deren für die Patienten spürbaren Qualifikation in Sachen Versorgungsqualität und Steuerung abhängt. Ein Versicherter, der seinen Hausarzt als kompetenten ärztlichen "Erstkontakt" schätzt, bedarf keiner weiteren externen Motivation. Die Verpflichtung für alle Krankenkassen, solche Modelle aufzulegen, wird abgelehnt.

In der Analyse, dass die Primärinanspruchnahme von Fachärzten eine Facette von unwirtschaftlicher Leistungsanspruchnahme darstellt, gehen die Innungskrankenkassen mit der Bundesregierung konform. Es muss aber bezweifelt werden, ob die daraus abgeleitete Konsequenz, eine **Praxisgebühr** von 15 Euro bei Direktinanspruchnahme einzuführen, eine Verhaltensänderung bei den Versicherten bewirken kann. Wenn es gelingt, die Qualität der hausärztlichen Versorgung durch die unbedingt richtige Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung zu erhöhen, wird diese an Akzeptanz gewinnen und zu einem anderen Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten führen. Fatal wäre es, wenn es bedingt durch die Praxisgebühr für die Erstinanspruchnahme des Facharztes zu einer neuen Form der Doppeluntersuchung (Hausarzt und Facharzt mit jeweils eigenständigem Vergütungsanspruch) kommen würde. Zudem sind die ökonomischen Wirkungen der Praxisgebühr allein durch den entstehenden Verwaltungsaufwand zu bezweifeln.

Die Einführung eines **Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin** (DZQM) als neue eigenständige Einrichtung mit der Hauptaufgabe der Bewertung von medizinischem Nutzen und der Qualität von Leistungen lehnen die Innungskrankenkassen entschieden ab. Ein – wenn auch latentes aber dennoch zweifelsohne vorhandenes – Umschwenken von einem selbstverwalteten zu einem sich dem Staat annäherndem Gesundheitswesen kann nicht die Zustimmung selbstverwalteter Organisationen finden. Gleichwohl teilen die

Innungskrankenkassen das Ziel einer stärkeren wissenschaftlichen Unterfütterung von Selbstverwaltungsarbeit. Aus diesem Grunde unterbreiten die wesentlichen den Koordinierungsausschuss tragenden Organisationen einen gemeinsamen Vorschlag, wie die Steigerung der Effizienz der Selbstverwaltungsarbeit mit einer größeren Unabhängigkeit in der Qualitätsbewertung und -sicherung verbunden werden kann: Die bestehenden Selbstverwaltungsinstitutionen (Bundesausschüsse, Ausschuss Krankenhaus und Koordinierungsausschuss) werden zu einem "Deutschen Zentrum für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV" weiterentwickelt. Die Arbeit der Selbstverwaltung wird rechtssicher ausgestaltet und transparent gemacht. Um dem legitimen Anspruch nach unabhängiger Qualitätsbewertung und -sicherung nachzukommen wird ein "Institut des Deutschen Zentrums" gebildet, in dem unabhängiger wissenschaftlicher Sachverstand den Selbstverwaltungsinstitutionen, aber auch dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und dem Patientenbeauftragten zuarbeitet.

### **Leistungen und Finanzierung**

Sachgerecht und für die Akzeptanz der gesetzlichen Krankenversicherung von hoher Bedeutung ist der Erhalt eines einheitlichen Leistungskataloges. Die Innungskrankenkassen haben sich stets gegen einen Wettbewerb auf der Leistungsseite ausgesprochen. Ein differenzierter Leistungskatalog mit unterschiedlichen Leistungspaketen, Zuzahlungselementen und Beitragssätzen ist mit dem Solidaritätsprinzip nicht vereinbar. Es steht außerdem zu befürchten, dass eine solche Regelung den Einzelnen überfordert. Zudem zwänge ein differenzierter Leistungskatalog mit Ausgrenzungsmöglichkeiten die Gesellschaft zu einer Antwort in den Fällen, dass jemand nicht ausreichend versichert ist, aber im Falle von schwerer Krankheit die Kosten nicht selbst tragen kann.

Auch in einer Debatte um eine Neudefinition von "**Eigenverantwortung**" sind Veränderungen des Leistungsrahmens wie die geplante Streichung der sogenannten over-the-counter (OTC)-Arzneimittel differenziert zu betrachten. Die OTC-Regelung ist strategieanfällig: Sie könnte Ärzte veranlassen, in der Medikation zu "stärkeren", verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu greifen, was mit höheren Nebenwirkungen verbunden sein kann und häufig die teurere Variante darstellt. In diesem Fall würde die OTC-Regelung einen in jeder Hinsicht abzulehnenden Rückschritt darstellen. Außerdem besteht die Gefahr, dass eine dem Grunde nach notwendige Medikation unterbleibt. Solange die Bedenken nicht falsifiziert sind, ist eine OTC-Regelung nicht zu verantworten. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Preisfreigabe im Bereich der OTC-Präparate zu einer Intensivierung des Wettbewerbs unter den Anbietern führen wird und somit positiv zu bewerten ist.

Die Entlastung der Versicherten und Arbeitgeber von der **Finanzierung versicherungsfremder Leistungen**, diese zugleich aber steuerfinanziert über die Krankenversicherung weiterhin zur Verfügung zu stellen, ist ein längst überfälliger richtiger Schritt, der ausdrücklich begrüßt wird. Die Koppelung einer Realisierung dieser Zusage an die Einnahmen aus einer Tabaksteuererhöhung ist hingegen verfehlt. Ist die politische Einschätzung richtig, dass diese Leistungen gesellschafts- bzw. familienpolitisch notwendig sind, sind diese auch gesamtgesellschaftlich zu finanzieren; und zwar vollständig. Anderenfalls muss die Politik klar benennen, welche der in Rede stehenden Leistungen diesen Kriterien nicht genügen. In diesem Fall hat die Politik auch die Verantwortung dafür zu tragen, dass diese Leistungen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden.

Durch die Neuregelung der Finanzierung des **Krankengeldes** allein durch die Versicherten ergibt sich eine unterschiedliche Belastung von Versicherten und Arbeitgebern, die Parität wird verändert. Die Entscheidung, das Krankengeld auch weiterhin über die GKV erbringen zu lassen und auf eine Überführung in die Private Krankenversicherung (PKV) zu verzichten, wird begrüßt. Allerdings führt die derzeit vorgesehene Regelung zu deutlich unterschiedlichen Be- bzw. Entlastungen von Versicherten und Arbeitgebern. Dies hängt von der Kassenzugehörigkeit des Versicherten ab. Hintergrund ist die branchen- und berufsgruppenspezifisch unterschiedliche Höhe des Krankengeldrisikos. Die Innungskrankenkassen regen deshalb an, die Neugestaltung für eine gleichmäßige Entlastung aller Arbeitgeber über alle Wirtschaftszweige hinweg zu nutzen. Dann würde auch Solidarität zwischen den Arbeitnehmern gelebt. Deshalb sind flankierende Maßnahmen u.a. durch einen bundesweiten Krankengeldpool erforderlich.

Das Ziel, Versicherte und Arbeitgeber durch Beitragssatzsenkungen finanziell zu entlasten, ist grundsätzlich richtig. Es ist aber kein Ziel um jeden Preis. Die **verpflichtende Festlegung der Reduzierung der Beitragssätze**, wie sie in der Norm Artikel 1 Nr. 122 § 220 SGB V zum Ausdruck kommt, wird – da sie einen Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie darstellt – abgelehnt. Krankenkassen haben auf Druck der Politik und mit Billigung der Aufsichten versucht, die Beitragssätze in Erwartung der Reform stabil zu halten. Sie haben dafür Betriebsmittel und Rücklagen abgeschmolzen und würden durch diese Vorschrift daran gehindert, die notwendigen Reserven wieder aufzufüllen. Einer solchen Regelung bedarf es für Krankenkassen im Wettbewerb nicht. Sie sollte daher konsequenter Weise gestrichen werden. Der Erfolg der Reform wird nicht nur daran zu messen sein, ob es gelingt das gesteckte Ziel einer Beitragssatzsenkung zu erreichen sondern auch daran, wie lange die angestrebte Finanzkonsolidierung in der GKV trägt.

## **Organisationsrecht**

Die Regelung zur Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen ist auch dann abzulehnen, wenn sie erst ab 2007 greift. Hinter diesem Gedanken steht kein System- oder Strukturkonservatismus, sondern die Überlegung, dass eine Überprüfung von Krankenkassen- und Kassenartenstrukturen auf Basis eines Gegenmodells, das eine umfassende Neuordnung des Organisationsrechtes beinhaltet, erfolgen muss. Veränderungen müssen auf einer sauberen Problemanalyse aufsetzen. Zu erwartende Verbesserungen gegenüber dem Status quo sind nachvollziehbar und begründet dar zu legen. Vorschläge für ein solches Gesamtkonzept mit "Rotem Faden" und klaren wie auch handhabbaren Vorstellungen zu den bei Fusionen über Kassenartengrenzen hinweg ebenfalls zu verändernden Rechtsbereichen (Haftungsrecht, Verbänderecht usw.) liegen jedoch bis dato nicht vor.

Zudem ist der Entwurf des GMG in sich widersprüchlich: Auf der einen Seite wird in Artikel 1 Nr. 108 § 160 der Versuch unternommen, Strukturen kassenartenintern zu klären – was zu begrüßen ist. Auf der anderen Seite verlässt man dieses Ordnungssystem mit der Option, ab 2007 kassenartenübergreifend zu fusionieren, und schafft somit Ausstiegsoptionen für Gewinner. Hier muss Politik sich im Vorfeld entscheiden, welches ihr Zukunftsmodell ist.

Außerdem darf seitens der Politik nicht unterschätzt werden, wie viele Energien der Krankenkassen und ihrer Verbände diese Optionen binden werden, die zielgerichteter zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen eingesetzt würden. Solange weder die

Konturen eines neuen Organisationsrechtes noch die mit einer Änderung einher gehenden Vorteile erkennbar werden, können die Vorschläge nur als Destabilisierung von Organisationsstrukturen ohne klare Zielvorgabe abgelehnt werden.

## **Transparenz**

Die Transparenz im Gesundheitswesen zu verbessern, ist eine alte Forderung auch der Innungskrankenkassen. Sowohl im Hinblick auf die Steuerung der Versorgung als auch auf deren Qualität und Wirtschaftlichkeit sind wesentliche Impulse durch eine Neuordnung der Vorschriften zur Datenerhebung, Speicherung, Zusammenführung usw. zu erwarten. Die sich aus der Weiterentwicklung der bisherigen Praxis zu einem umfassenden neuen Transparenzsystem ergebenden Aufwendungen können als eine Investition in die Zukunft gelten.

Der Gesetzentwurf vermittelt jedoch den Eindruck, dass mit den vorgesehenen Änderungen kein wesentlicher finanzieller Mehraufwand für die Krankenkassen einher geht. Dies ist unzutreffend. Jenseits der Frage der Neuausstattung der Versicherten mit einer neuen Krankenversicherten- bzw. Gesundheitskarte werden auch – je nach vereinbarten Zeitpunkten – mehr oder weniger umfangreiche Änderungen an der Kassen- und Leistungserbringer-Software erforderlich. Auch eine Neuausstattung aller Leistungserbringer mit Lese-/ Schreibgeräten ist unabwendbar. Die mit den Neuregelungen einhergehenden finanziellen Belastungen für die Krankenkassen sind zunächst realistisch zu kalkulieren. Es ist zu erwarten, dass die finanziellen Verpflichtungen des Gesamtpaketes beitragsatzwirksam sein werden und damit das anvisierte Einsparziel zusätzlich unter Druck bringen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fristen sind häufig nicht realistisch. Es entsteht der Eindruck, dass diese willkürlich festgelegt wurden und nicht das Ergebnis einer fachlichen Abschätzung erforderlicher Vorbereitungs- und Umsetzungszeiten sind. Es ist zwingend, dass die für eine so umfassende Neuorientierung notwendigen Maßnahmen mit der erforderlichen Sorgfalt erfolgen können. Der Zeitplan ist daher realistisch zu gestalten und darf nicht in erster Linie durch politische Opportunitätsüberlegungen dominiert werden. Auch wenn es sachgerecht ist, Lösungen zügig zu entwickeln, muss doch genügend Raum für eine qualifizierte Vorbereitung bleiben.

## **Allgemeine Hinweise**

Der folgende spezielle Teil II enthält die Kommentierungen zu den beabsichtigten Einzeländerungen. Normen, die seitens der Innungskrankenkassen positiv bewertet werden, oder bei denen es sich um (redaktionelle) Folgeänderungen handelt, werden nicht kommentiert.

Sachverhalte, die bisher nicht Gegenstand des Gesetzentwurfes sind, jedoch aus Sicht der Innungskrankenkassen der Revision bedürfen, sind im Teil III zusammengefasst.

## **II. Spezielle Bewertung**

Nachfolgend wird zu einzelnen Normen des GMG-Entwurfes Stellung genommen.



Artikel 1  
Nr. 1

### **§ 13** **Kostenerstattung**

Mit der vorgesehenen Regelung nimmt der Gesetzgeber eine Übertragbarkeit des EuGH-Urteils "Müller-Fauré/van Riet" (C-385/99) auf das deutsche Sachleistungssystem an. Dies ist aus Sicht des IKK-Bundesverbandes nicht gerechtfertigt. Zum einen unterscheidet sich das deutsche Krankenversicherungssystem im ambulanten Sektor in wesentlichen Punkten vom niederländischen System (z.B. hinsichtlich Bedarfsplanung, Budgets usw.). Zum anderen sollte eine gesetzliche Neuregelung nicht vor der Rechtsprechung des EuGH zum Genehmigungsvorbehalt für ambulante medizinische Behandlung im Rahmen des deutschen Sachleistungssystems (anhängige Verfahren, z.B. C-322/02-1) erfolgen. Die vorgesehene Regelung wird daher abgelehnt.

#### **Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 1 § 13 SGB V.

#### **Begründung:**

Die bisherige gesetzliche Regelung ist sachgerecht.

Artikel 1  
Nr. 3

## **§ 18** **Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland**

Als Folgeregelung zu der im GMG-Entwurf vorgesehenen Änderung von § 13 SGB V soll der § 18 zukünftig auf die Behandlung im Geltungsbereich außerhalb des EG-Vertrages beschränkt werden. Der § 13 SGB V regelt – gemäß der einschlägigen EuGH-Urteile sowie der EWG-Verordnung 1408/71 – die Kostenerstattung jedoch nur für Leistungsfälle, die durch den nationalen Leistungskatalog abgedeckt werden. Insofern ergibt sich hier eine Einschränkung für die Versicherten: Es ist keine Kostenübernahme für "besondere" Behandlungen im EWR-Ausland mehr möglich. Diese Einschränkung sollte nicht erfolgen, zumal die Behandlungen nach § 18 SGB V nach wie vor der Genehmigung der Krankenkasse unterliegen.

### **Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 3 § 18 SGB V; die bisherige gesetzliche Regelung ist sachgerecht.

### **Begründung:**

Es sollte auch künftig möglich sein, dass Krankenkassen die Kosten für Fälle, in denen eine "dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich" ist (z.B. eine in Deutschland noch nicht zugelassene Behandlungsmethode bzw. Behandlungen, zu denen der Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen noch nicht Stellung genommen hat), auch im EWR-Raum – gegen Genehmigung – bezahlen können.

**§ 20**  
**Prävention und Selbsthilfe**

**I. Zu a) und b) (Prävention)**

Im Rahmen der vom BMGS geplanten Festschreibung der Ausgaben für Gemeinschaftsprojekte sollen einseitig die Krankenkassen als Finanzgeber für Gemeinschaftsprojekte in der Prävention und Gesundheitsförderung verpflichtet werden. Ein Gesamtkonzept, welches die weiteren Verantwortlichen – insbesondere die Gebietskörperschaften aller Ebenen sowie die übrigen Zweige der Sozialversicherung – entsprechend ihrer Zuständigkeit an der Finanzierung beteiligt, wird nicht vorgelegt.

Infolge der geplanten einseitigen Belastung würde die GKV noch stärker zum Hauptzahler, während die übrigen Verantwortlichen keinen Anlass mehr für eine Ausweitung ihres Engagements auf diesen Feldern haben. Es droht sogar ein weiterer finanzieller Rückzug der primär Verantwortlichen aus der gesundheitsfördernden Arbeit in schulischen oder kommunalen Settings unter Verweis auf den vergrößerten GKV-Anteil. Daher ist eine "Zwangsverpflichtung" eines einzelnen Akteurs – der GKV – ohne Gesamtkonzept, das auch die anderen Akteure entsprechend verpflichtet, für die GKV inakzeptabel.

Die GKV-Spitzenverbände haben die Politik aufgefordert, ein Gesamtkonzept zu entwickeln, in welchem alle Verantwortung tragenden Akteure auf dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden und finanziell verpflichtet werden. Im Rahmen eines umfassenden Gesamtkonzeptes sei die GKV bereit, ihren Beitrag zu der wichtigen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung in Settings zu leisten. Bedingung ist, dass die gemeinschaftlich zu fördernden Projekte wirksam und wirtschaftlich Krankheitsrisiken senken und Gesundheitspotenziale der Zielgruppen stärken. Weitere Voraussetzungen für ein Engagement der Krankenkassen sind:

- Die GKV beteiligt sich nur an Projekten, die einen erkennbaren Bezug zu den Kernaufgaben der gesetzlichen Krankenkassen haben.
- Die Auswahl geeigneter Projekte hat im Rahmen eines transparenten Verfahrens unter Einbindung aller Projektpartner zu erfolgen.
- Bei der Konzeptionierung/Durchführung gemeinsamer Maßnahmen ist ein angemessenes Mitspracherecht der GKV zu gewährleisten (Stimmengewichtung im Verhältnis zu den von den jeweiligen Organisationen eingebrachten finanziellen Ressourcen).
- Die GKV beteiligt sich in einem gegenüber den übrigen Trägern finanziell angemessenen Verhältnis an der Finanzierung von Kooperationsprojekten, wobei der Finanzierungsanteil der anderen Projektpartner mindestens 50 Prozent umfassen sollte.
- Die Projektdesigns müssen die Zielgruppe(n), die zu erreichenden Ziele sowie die angewandten Qualitätssicherungsmaßnahmen/Evaluation klar benennen. Die projektbegleitende Implementierung dieser Maßnahmen muss sichergestellt sein.

**Änderungsvorschlag:**

- Verzicht auf die Neuregelung im SGB V.
- Regelung der Setting-bezogenen Präventionsaktivitäten aller Verantwortung tragenden Akteure in einem Präventionsgesetz.

### **Begründung:**

Eine "Zwangsverpflichtung" eines einzelnen Akteurs – der GKV – für die Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten in der Gesundheitsförderung und Prävention ist ohne Gesamtkonzept, das auch die anderen Akteure entsprechend verpflichtet, für die GKV inakzeptabel.

Im Rahmen eines umfassenden Gesamtkonzeptes ist die GKV bereit, ihren Beitrag zu der wichtigen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung in Settings zu leisten. Entsprechende Regelungen sollten im Rahmen eines umfassenden Präventionsgesetzes getroffen werden.

### **II. Zu c) bb) (Selbsthilfe)**

Die vollständige Einstellung der in Satz 5 bestimmten Mittel in Gemeinschaftsfonds wird abgelehnt, da hierdurch den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit zur Entfaltung eigener Aktivitäten komplett genommen würde. Insbesondere die in den letzten Jahren erfolgreich ausgestalteten zielgruppenspezifischen Förderaktivitäten in Form von Projekten, inhaltlicher Zusammenarbeit und sächlichen bzw. infrastrukturellen Förderungen müssten dann entfallen. Letztere ist insbesondere für die Förderung der örtlichen Selbsthilfegruppen wesentlich (z.B. kostenlose Überlassung von Räumlichkeiten).

Diese Möglichkeiten sollten auch künftig jenseits der Fonds auf allen Förderebenen erhalten bleiben. Deshalb sollten die Krankenkassen und ihre Verbände auch weiterhin zumindest über einen Teil der Fördermittel eigenständig verfügen können.

### **Änderungsvorschlag:**

"Die in Satz 5 bestimmten Mittel sind, soweit sie nicht für direkte Fördermaßnahmen der Krankenkassen und ihrer Verbände zugunsten der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, 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."

### **Begründung:**

Mit dieser Formulierung wird sichergestellt, dass die Krankenkassen und ihre Verbände auch weiterhin die Selbsthilfe in Form von Sachmitteln (Überlassung von Räumen, Anfertigen von Kopien, Druck von Informationsblättern und dergleichen) fördern können. Außerdem bleibt Spielraum für die Finanzierung projektförmiger inhaltlicher Kooperationen mit ausgewählten Selbsthilfeorganisationen.

Artikel 1  
Nr. 6

**§ 24b**  
**Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation**

Die Leistungen bei einer nicht-rechtswidrigen Sterilisation werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen; die Leistungspflicht der Krankenkassen wird auf "durch Krankheit erforderliche" Sterilisationen beschränkt. Die im Rahmen der Familienplanung gewünschten Sterilisationen unterliegen künftig der Eigenverantwortung der Versicherten und sind in Zukunft von den Versicherten selbst zu zahlen.

Der IKK-Bundesverband befürwortet zwar die Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen, spricht sich jedoch dafür aus, diese Leistungen in eine Steuerfinanzierung zu überführen. Daher wird die vorgesehene Streichung einer nicht-rechtswidrigen Sterilisation aus dem GKV-Leistungskatalog abgelehnt.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 6 § 24a SGB V.

**Begründung:**

s.o.

Artikel 1  
Nr. 7

**§ 27a**  
**Künstliche Befruchtung**

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung werden aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen; damit sind sie in Zukunft von den Versicherten selbst zu zahlen.

Der IKK-Bundesverband befürwortet zwar die Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen, spricht sich jedoch dafür aus, diese Leistungen in eine Steuerfinanzierung zu überführen. Daher wird die vorgesehene Streichung der künstlichen Befruchtung aus dem GKV-Leistungskatalog abgelehnt.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 7 § 27a SGB V.

**Begründung:**

s.o.

Artikel 1  
Nr. 8

**§ 28**  
**Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

Systematisch stellt das Instrument der Praxisgebühr eine "Malus-Regelung" dar ("Barriere fachärztliche Versorgung"). Die Ausnahmen für augen- und frauenärztliche Versorgung sowie Notfälle sind grundsätzlich sinnvoll. Durch die Regelung wird die freie Arztwahl eingeschränkt. Es ist fraglich, ob die anvisierten Kosteneinsparungen tatsächlich zu erreichen sind oder ob nicht durch die Vorschaltung des Hausarztes Mehrkosten produziert werden (z.B. durch Ausuferung telefonischer „Bestellung“ von Überweisungen etc.).

**„§ 30  
Zahnersatz**

Es ist zu begrüßen, dass die Ausgestaltung der Festzuschussregelungen sich an einer Therapie-abhängigen Versorgung orientiert. Ein Befund-abhängiger Festzuschuss wäre nicht sachgerecht. Durch die vorgesehene Regelung ist aus derzeitiger Sicht weder für die Versicherten noch für die Krankenkassen zum Umstiegszeitpunkt mit finanziellen Mehrbelastungen gegenüber den heutigen Verhältnissen zu rechnen.

Die nachfolgend vorgeschlagenen Änderungen dienen der Klarstellung bzw. Vereinfachung.

**Änderungsvorschlag:**

- § 30 Abs. 2 Satz 3 (neu) werden die Worte "während der letzten fünf Jahre" durch die Worte "während der letzten fünf Kalenderjahre" ersetzt.
- § 30 Abs. 5 Satz 9 (neu) entfällt.

**Begründung:**

- Der Unterschied zum nach folgend durchgängig gewählten Begriff Kalenderjahr hat in der Vergangenheit zu Irritationen geführt. Aus diesem Grund sollte auch an dieser Stelle von Kalenderjahren gesprochen werden.
- Im Bundesmantelvertrag sind die Bestimmungen für die Begutachtung zahnprothetischer Arbeiten ausreichend geregelt. Diese Regelungen gelten auch für die Fälle nach § 61 Abs. 1 Nr. 2, so dass die Krankenkasse schon heute jederzeit die Möglichkeit hat, aufwändige prothetische Arbeiten auch bei diesem Personenkreis begutachten zu lassen. Die Einführung einer Pflichtbegutachtung für die Fälle nach § 61 Abs. 1 Nr. 2 würde die Kosten für die Begutachtung erhöhen, ohne dass dadurch automatisch ein Einspareffekt für die Krankenkassen garantiert ist. Aus diesem Grund erscheint eine Pflichtbegutachtung für diese Fälle entbehrlich.



**§ 31**  
**Arzneimittel- und Verbandmittel**

Zuzahlungen treffen immer den Patienten. Sie sind entweder finanziell unergiebig (weil sie zu viele Ausnahmen vorsehen oder zu niedrig sind) oder sie senken die Ausgaben deutlich und sind sozialpolitisch problematisch. Mit der jetzt vorgeschlagenen Variante werden in erster Linie Patientenströme gelenkt, die Einnahmeeffekte sind nicht valide schätzbar; sie sind von der Einschreibequote u.a. in Hausarztmodelle abhängig. Bei hohem Nutzungsgrad würden keine Mehreinnahmen entstehen. Da der erhöhten Zuzahlung ausgewichen werden kann und durch die Einschreibung in besondere Versorgungsformen oder Hausarztmodelle die Zuzahlung im Vergleich zum status quo gesenkt werden kann, ist die neue Zuzahlungshöhe sozial vertretbar.

Diese Regelung könnte kombiniert werden mit einer Steuerungswirkung im Hinblick auf die Arzneimittel selbst. Danach sollte eine Zuzahlung so ausgerichtet sein, dass unverzichtbare Arzneimittel von der Zuzahlung befreit werden und für alle anderen Arzneimittel eine preisbezogene, prozentuale Zuzahlung mit Obergrenze gilt. In Verbindung mit Anreizen für die Inanspruchnahme von Festbetragsarzneimitteln und preiswerten aut-idem Präparaten – durch einen reduzierten Satz – würde hiervon eine ausgabensteuernde Wirkung ausgehen.

Zudem stellt die vorgesehene Regelung keine Verbesserung des eigentlichen Problems dar, dass es nach wie vor an einer rationalen Arzneimitteltherapie mangelt. Die Regelung wirkt außerdem nicht der Strategie der Pharmaindustrie entgegen, N 1-Packungen aus dem Sortiment zu nehmen.

**§ 32**  
**Heilmittel**

Die Vorschrift begrenzt den Anspruch des Versicherten auf den niedrigsten Vertragspreis, den die Krankenkasse mit einem Leistungserbringer geschlossen hat. Wählt der Versicherte einen anderen zugelassenen Leistungserbringer, der einen höheren Preis fordert, trägt die Krankenkasse die Kosten nur in Höhe des niedrigsten Preises. Diese Änderungen gehen nicht weit genug.

**Änderungsvorschlag:**

§ 32 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Die Krankenkasse bietet an, die Leistungen wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Personen erbringen zu lassen, mit denen sie einen Vertrag nach § 125 Abs. 2 Satz 4 geschlossen hat. Die Krankenkasse trägt die Kosten nicht, wenn der Versicherte einen Leistungserbringer in Anspruch nimmt, mit dem Krankenkasse keinen Vertrag geschlossen hat. Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt."

**Begründung:**

Der Anspruch des Versicherten ist auf die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat, zu begrenzen. Dies ist aus Qualitätssicherungsgründen vor dem Hintergrund der geforderten Streichung der Zulassung (vgl. Teil III zu § 124 SGB V) erforderlich.

### **§ 33 Hilfsmittel**

Die vorgesehene Einschränkung des Anspruchs auf Sehhilfen ist nicht nachvollziehbar und wird abgelehnt.

Der Hilfsmittelbegriff ist im Gesetz ausreichend zu definieren.

Der Anspruch des Versicherten sollte auf die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat, begrenzt werden. Dies ist aus Qualitätssicherungsgründen vor dem Hintergrund der geforderten Streichung der Zulassung (vgl. Teil III zu § 126 SGB V) erforderlich.

#### **Änderungsvorschlag:**

§ 33 Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

"Versicherte haben einen Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, sofern die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V enthalten und nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

Der Anspruch beschränkt sich auf sächliche Hilfsmittel, die bauart- bzw. konstruktionsbedingt primär auf die Eigenanwendung durch den Versicherten ausgerichtet sind und nicht dem Einsatz in stationären u.ä. Einrichtungen dienen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Die Kosten für den Betrieb, die Pflege und die Entsorgung der Hilfsmittel fallen in den eigenverantwortlichen Bereich des Versicherten.

Zu den Hilfsmitteln nach Satz 1 gehören nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens ohne spezielle therapeutische Wirkung oder mit mangelnder Funktionstauglichkeit. Gegenstände, die lediglich der Gesunderhaltung, der Hygiene oder dem allgemeinen Wohlbefinden dienen, sind keine Hilfsmittel, auch wenn sie behindertengerecht gestaltet sind oder behinderungserleichternd wirken. Hilfen zur allgemeinen sozialen Eingliederung in das gesellschaftliche Umfeld in Bezug auf den Beruf, die Schulausbildung oder den privaten Bereich, die nur die Folgen einer Behinderung in besonderen Lebensbereichen auszugleichen vermögen, sind ebenfalls keine Hilfsmittel im Sinne von Satz 1."

§ 33 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

"Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten maximal bis zur Höhe dieses Betrages. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich oder im Einzelfall vereinbarten Preise. Dabei ist eine angemessene zeit- und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Die Krankenkasse hat preisgünstige Leistungserbringer mit der Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten zu beauftragen. Die Krankenkasse trägt die Kosten nicht, wenn der Versicherte einen Leistungserbringer in Anspruch nimmt, mit dem die Krankenkasse keinen Vertrag

geschlossen hat. Wählt der Versicherte ein aufwändigeres als das medizinisch notwendige Hilfsmittel, hat er die daraus resultierenden Mehrkosten selbst zu tragen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20 v.H. des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages an die abgebende Stelle zu leisten; der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um diesen Betrag."

### **Begründung:**

Der Hilfsmittelbegriff ist im Gesetz unzureichend definiert. Von der Zielsetzung her dienen Hilfsmittel dazu, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, eine Behinderung auszugleichen oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Sind die Hilfsmittel als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen, ist der Anspruch ausgeschlossen. Obwohl viele Produkt auch ein Gebrauchsgegenstandsanteil haben, wurden sie – vor allen Dingen aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) – vielfach in Gänze zu Hilfsmitteln deklariert und fallen somit in die Leistungspflicht der GKV (z.B. Farberkennungsgeräte, Luftreinigungsgeräte, Telefaxgeräte, Schreibtelefone, Antiallergiebezüge, Stromkosten). Das BSG hat in einem neueren Urteil (z.B. C-Leg, elektronisches Kniegelenk) entschieden, dass das Gebot der Wirtschaftlichkeit in den Hintergrund tritt, wenn durch das Produkt ein Behinderungsausgleich geschaffen wird, der zwar auch mit herkömmlichen Mitteln erreicht werden kann, aber durch die Ausstattung mit einem erheblich teureren Produkt die Beweglichkeit erhöht wird. Unter medizinischen Gesichtspunkten handelt es sich dabei eindeutig um eine Überversorgung.

Die Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln und Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens ist im Gesetz exakt vorzunehmen. So muss z.B. festgelegt werden, dass Gegenstände, die lediglich der Gesunderhaltung, der Hygiene oder dem allgemeinen Wohlbefinden dienen, keine Hilfsmittel sind, auch wenn sie behindertengerecht gestaltet werden, weil sie in den Eigenverantwortungsbereich des Versicherten fallen. Auch Produkte zur allgemeinen sozialen Eingliederung in das gesellschaftliche Umfeld in Bezug auf den Beruf, die Schulausbildung oder dem privaten Bereich, die lediglich die Folgen einer Behinderung in besonderen Lebensbereichen zu erleichtern vermögen, können ebenfalls keine Hilfsmittel im Sinne des SGB V sein.

Im § 33 SGB V ist klarzustellen, dass sich der Anspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige Produkte beschränkt. Wählt der Versicherte ein aufwändigeres und teureres Produkt, muss er den Differenzbetrag selbst tragen.

Im Übrigen sollte der Anspruch des Versicherten auf die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat, begrenzt werden. Dies ist aus Qualitätssicherungsgründen vor dem Hintergrund der geforderten Streichung der Zulassung (vgl. Teil III zu § 126 SGB V) erforderlich.

**§ 34**  
**Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel**

Mit der vorgesehenen Neuregelung würde sich die Ausgrenzung einer Sachleistung aus der Verordnungsfähigkeit an den Kriterien der Verschreibungspflicht orientieren (Gefährdungspotential) und nicht an pharmakologisch-therapeutischen Kriterien (Nutzen und Wirtschaftlichkeit), wie sie z.B. bei der Erstellung der Positivliste und den Arzneimittel-Richtlinien zu Grunde gelegt werden. Die Ausgrenzung ist nach den bestehenden Maßstäben des SGB V nicht nachvollziehbar.

Betroffen sind insbesondere risikoarme Präparate. Es handelt sich vor allem um Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten, Schmerzen, Magenbeschwerden und Mineralstoffpräparate. Bereits heute werden mehr als 2/3 der Packungen im nicht-verschreibungspflichtigen Markt im Rahmen der Selbstmedikation in der Apotheke gekauft. Mit einem höheren Risiko durch die hundertprozentige Selbstmedikation ist deshalb nicht zu rechnen. Ein erhöhtes Risiko wäre allerdings gegeben, wenn der Arzt die nicht mehr ordnungsfähigen Präparate durch ordnungsfähige Präparate mit höherem Nebenwirkungspotential substituieren würde. Anders als bei den unter medizinischen Aspekten von der Positivliste ausgenommenen Mitteln, für die es sinnvolle Substitutionspräparate geben kann, dürfte dieser Effekt bei einem sachgerechten Handeln des Arztes allerdings nicht auftreten: Der Nutzen der ausgeschlossenen Präparate wird nicht bestritten, der Patient soll sie aber aus eigener Tasche bezahlen.

Verschreibungsfreie Medikamente sind oft preiswerter als verschreibungspflichtige (durchschnittlicher Packungspreis ca. 11 Euro). Der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie sieht mit dem Vorschlag Mehrkosten von 1,6 Mrd. Euro verbunden, wenn es zu einer Substitution hin zu teureren Arzneimitteln käme.

Der Gesetzgeber will hier in einem Bereich Leistungskürzungen vornehmen, in dem er es finanziell für zumutbar hält, dass ein Patient die Kosten selbst trägt. Es wäre seine Aufgabe, offensiv zu argumentieren, dass hier Leistungskürzungen bei preiswerten Mitteln die solidarische Finanzierung teurer Medikamente sichern sollen und dass es nicht nötig ist, dass fast jeder Arztbesuch in Deutschland mit einer Medikamentenverordnung endet und ggf. Alternativen im Bereich der Behandlung mit Hausmitteln bestehen. Die Ausnahmen sollten begrenzt bleiben und vom Gesetzgeber abschließend definiert werden.

In der jetzt vorgeschlagenen Form wird die Regelung abgelehnt.

**§ 35b**  
**Empfehlungen zu Arzneimitteln**

Das neu einzurichtende Zentrum für Qualität in der Medizin soll auch Arzneimittel bewerten. Dies ist jedoch eine Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung; eine Durchführung durch das einzurichtende Zentrum für Qualität in der Medizin wird abgelehnt (vgl. Artikel 1 Nr. 91 § 139a-f).

Es ist nicht zu erwarten, dass die Empfehlungen kurzfristig fertiggestellt werden. Denn zum Zeitpunkt der Arzneimittelzulassung liegen in der Regel keine ausreichenden Daten bezüglich Wirkungen und Nebenwirkungen eines neuen Präparates vor, die eine ausreichende Grundlage für die Prognoseentscheidung "bedeutsam höheren Nutzen für die überwiegende Zahl der Patienten" bieten. Deshalb werden in der Regel Einstufungen in die Stufen A, B und C von patentgeschützten Arzneimitteln erst zwei Jahre nach der Erstzulassung auf einer einigermaßen soliden Basis möglich sein. Die Regelung wird deshalb auch kaum kurzfristig zu Einsparungen führen; sie ist jedoch grundsätzlich zu begrüßen.

**§ 37**  
**Häusliche Krankenpflege**

Das Grundanliegen, GKV-versicherten Wohnungslosen einen Zugang zu Leistungen der Regelversorgung zu ermöglichen, ist sachgerecht. Allerdings beschränkt der vorgelegte Gesetzestext den Anspruch nicht auf die Behandlungspflege, da auf Leistungen nach den Sätzen 1 bis 4 verwiesen wird. Damit würde ggf. auch ein Anspruch auf satzungsgemäß erweiterte Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen, was unweigerlich zu Problemen der Leistungsabgrenzung in entsprechenden Einrichtungen führen würde.

**Änderungsvorschlag:**

§ 37 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.“

**Begründung:**

Es ist eine Klarstellung erforderlich, dass der Leistungsanspruch – wie ausweislich der Gesetzesbegründung beabsichtigt – auf die Behandlungspflege beschränkt ist. Eine satzungsgemäße Erweiterung auf Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ist nur in Privathaushalten sinnvoll.

Artikel 1  
Nr. 18

**§ 39**  
**Krankenhausbehandlung**

Die Neuregelung erhöht die Krankenhauszuzahlung von 9 auf 12 Euro kalendertäglich für längstens 14 Tage. Diese Erhöhung belastet einseitig die Versicherten und hat keinerlei Steuerungswirkung. Aus diesem Grunde wird sie abgelehnt.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 18 § 39 SGB V.

**Begründung:**

s.o.



Artikel 1  
Nr. 19

### **§ 43b Zahlungsweg**

Der Facharzt (ohne Psychotherapeuten) muss bei Versicherten, die ihn ohne Überweisung aufsuchen, die Gebühr von 15 Euro selbst erheben. Es besteht ein Widerspruch zu § 28 Abs. 4 Satz 1; hier wird die Erhebung der Praxisgebühr für Psychotherapeuten explizit ausgeschlossen.

#### **Änderungsbedarf:**

In § 43b Abs. 2 (neu) müssen die Wörter "oder der Psychotherapeut" entfallen.

#### **Begründung:**

Gemäß § 28 Abs. 4 Satz 1 fällt beim direkten Besuch eines Psychotherapeuten keine Praxisgebühr an.

Artikel 1  
Nr. 20

**§§ 58, 59**  
**Sterbegeld, Höhe des Sterbegeldes**

Das Sterbegeld wird aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen. Dies führt zu einer einseitigen Belastung der Versicherten.

Der IKK-Bundesverband befürwortet zwar die Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen, spricht sich jedoch dafür aus, diese Leistungen in eine Steuerfinanzierung zu überführen. Daher wird die vorgesehene Streichung des Sterbegeldes aus dem GKV-Leistungskatalog abgelehnt.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 20 Nr. 18 §§ 58, 59 SGB V.

**Begründung:**

s.o.

**§ 65a**  
**Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Der IKK-Bundesverband begrüßt die vorgesehenen Möglichkeiten, Bonussysteme für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung oder zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung vorzusehen. Bonussysteme sind jedoch so auszugestalten sind, dass sie nicht entsolidarisierend wirken und Steuerungswirkungen ermöglichen. Um Missbräuche von Bonusregelungen für präventionsfremdes Marketing auszuschließen, sollte gesetzlich normiert werden, dass sich die GKV-Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich auf Kriterien verständigen, die an bonusrelevante Leistungen/Maßnahmen anzulegen sind.

**Änderungsvorschlag:**

§ 65a wird wie folgt ergänzt:

"(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Kriterien für Leistungen nach Absatz 1 und 2."

**Begründung:**

Die GKV-Spitzenverbände haben sich gemeinsam und einheitlich auf Kriterien für bonusrelevante Leistungen/Maßnahmen zu verständigen. Zielsetzung ist, dass die Bonussysteme nicht entsolidarisierend wirken und gesundheits- und sozialpolitisch positive Steuerungswirkungen ermöglichen. Damit soll präventionsfremdes Marketing in diesem Handlungsfeld vermieden werden.

**§ 67**  
**Hausarztssystem**

Hausarztssysteme sind aus Sicht der Innungskrankenkassen grundsätzlich zu begrüßen. Ein Hausarztssystem kann dazu beitragen, unnötige fachärztliche Konsultationen zu vermeiden und dadurch Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen. Wie eine Inanspruchnahme der Modelle durch die Versicherten tatsächlich eintritt, ist nicht vorauszusehen. Der Erfolg eines Hausarztmodells hängt maßgeblich von der Qualifikation der teilnehmenden Hausärzte ab.

Die vorgesehene Regelung verpflichtet die Krankenkassen, Hausarztmodelle als Satzungsleistung anzubieten. Der Versicherte ist in der Wahl zur Teilnahme frei. Wenn der Gesetzgeber eine Satzungsleistung vorsieht, so sollte diese für die Krankenkasse freiwillig sein.

**Änderungsvorschlag:**

Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

"Die Krankenkassen können Hausarztssysteme als Satzungsleistung anbieten. Das Nähere über die Durchführung ist in diesen Fällen in der Satzung zu regeln."

**Begründung:**

Das Angebot von Hausarztmodellen sollte für Krankenkassen als Satzungsleistung freiwillig sein.

**§ 73**  
**Vertragsärztliche Versorgung**

Die Änderungen in Abs. 8 sollen die Informationsrechte der Krankenkassen und Verbände gegenüber den Vertragsärzten verbessern. Die vorgeschlagenen Ergänzungen geben jedoch ein sehr starres Schema vor. Die jetzt geltenden gesetzlichen Regelungen sind ausreichend und erlauben eine flexiblere Handhabung des Instrumentes.

Die vorgesehene Einführung der Angabe der Kosten der Arzneimittel je Tagesdosis nach den Angaben der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation ist sachgerecht.

**Änderungsvorschlag:**

Absatz 8 werden folgende Sätze angefügt:

"Die Kosten der Arzneimittel je Tagesdosis sind nach den Angaben der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation anzugeben. Es gilt die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrage des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebene Klassifikation in der jeweils gültigen Fassung. Die Übersicht ist für einen Stichtag zu erstellen und in geeigneten Zeitabständen, im Regelfall jährlich, zu aktualisieren."

**Begründung:**

Die geltenden gesetzlichen Regelungen sind ausreichend. Die Angabe der Kosten der Arzneimittel je Tagesdosis nach den Angaben der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation sollte eingeführt werden.

Artikel 1  
Nr. 35

**§ 79b**  
**Beratender Fachausschuss für Psychotherapie**

Die Regelung bedeutet eine explizite Einbeziehung des Fachausschusses für Psychotherapie in Fragen über die Vergütung der Leistungen aus den Gesamtverträgen und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Die bisherige Gesetzesformulierung ist allerdings ausreichend.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 35 § 79b SGB V.

**Begründung:**

Die bisherige gesetzliche Regelung ist ausreichend.

## **§ 81a** **Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfungsstellen**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verfügen aus sachlich-rechnerischen Prüfungen sowie den Plausibilitätsprüfungen und möglicherweise sonstigen Quellen wie Hinweisen von Dritten (z.B. konkurrierenden Ärzten) über Kenntnisse fehlerhafter Abrechnungen oder sonstiger Verstöße gegen das Vertragsarztrecht. Bei den vorgesehenen Formulierungen ist nicht gewährleistet, dass diese Kenntnisse an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Insbesondere besteht bei einer nicht vorhandenen Informationspflicht die Gefahr, dass die KVen gegenüber fehlerhaft abrechnenden Ärzten die Honorare nicht in voller Höhe zurückfordern, sondern sich auf einen geringeren Betrag einigen.

Die in § 81a Abs. 3 formulierte unverzügliche Unterrichtungspflicht der Staatsanwaltschaft nach entsprechender Prüfung durch die KVen eröffnet mit der Formulierung, dass die Staatsanwaltschaft informiert werden soll, wenn ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung besteht, einen Ermessensspielraum, der die Unterrichtungspflicht bei Auffälligkeiten ins Belieben der jeweiligen KV stellt.

### **Änderungsvorschlag:**

- § 81a Abs. 2 (neu): Satz 1 wird neu formuliert: "Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, untereinander und mit den Krankenkassen zusammenzuarbeiten und ihnen sämtliche Informationen über Verdachtsfälle – insbesondere über die Höhe von Regressansprüchen – i.S.d. Absatzes 1 zeitnah zur Kenntnis zu bringen."  
Folgender Satz 2 wird eingefügt: "Bei dem Verdacht eines Verstoßes gegen das Berufsrecht ist die jeweilige Kammer zu informieren." Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.
- § 81a Abs. 3 (neu): Der Absatz wird nach dem Wort "unterrichten" wie folgt formuliert: "...wenn sich ergibt, dass der Verdacht auf eine strafbare Handlung bestehen könnte, die im Zusammenhang mit der Gesetzlichen Krankenversicherung steht."
- § 81a Abs.4 (neu): Die Worte "im Abstand von zwei Jahren" werden ersetzt durch "jährlich".

### **Begründung zum Änderungsvorschlag:**

Die KVen sollten vornehmlich strafrechtlich relevanten Fällen von Abrechnungsfehlern nachgehen. Daneben sollten aber auch Abrechnungsauffälligkeiten, die ggf. nur berufsrechtlich relevant sind, wie z.B. Verstoß gegen die Pflicht der persönlichen Leistungserbringung oder Zuweisung gegen Entgelt, aufgedeckt werden. Die Zuständigkeit standesrechtlicher Verstöße liegt bei den Ärztekammern, insofern sollten diese von der KV informiert werden.

Um effektiv gegen Abrechnungsunregelmäßigkeiten vorgehen zu können, benötigen die Krankenkassen vor allem Kenntnis über bei Prüfverfahren bekannt gewordene Auffälligkeiten. Honorarrückforderungen, die die KVen gegen Leistungserbringer haben, müssen konsequent beigetrieben werden. Da es sich beim Gesamtbudget letztlich um Versichertengelder handelt, muss den Krankenkassen Einblick in Honorarrückforderungen gewährt werden. Eine solche Transparenz durch die Berichtspflicht gegenüber den

Krankenkassen soll gewährleisten, dass Regressforderungen konsequenter geltend gemacht werden.

Die Verpflichtung der KVen zur Information der Staatsanwaltschaft über strafrechtlich vermutlich relevante Tatbestände sollte nicht auf diejenigen mit "nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung" beschränkt bleiben. Hierdurch würde den KVen ein Ermessen eingeräumt, das dem Ermittlungs- und Anklagemonopol der Staatsanwaltschaft entgegensteht. Vielmehr sollten sämtliche Auffälligkeiten, die strafrechtlich von Bedeutung sein könnten, an die Staatsanwaltschaft übermittelt werden. Nach Auffassung des BMGS soll nur über Fälle mit nicht nur geringfügiger Bedeutung unterrichtet werden, um ein Klima des Misstrauens zu verhindern. Der Bezug auf einen unbestimmten Begriff wie "nicht nur geringfügige Bedeutung" verhindert aber nicht ein Klima des Misstrauens, sondern schafft eine Grauzone für eine Art geduldeter Abrechnungsmanipulationen, denen ohne Kriterien für die Ermessensausübung nachgegangen oder nicht nachgegangen wird. Eine für alle Beteiligten nachvollziehbare und einschätzbare Linie, nach der strafrechtlich relevantes Verhalten der Staatsanwaltschaft zugeleitet wird, vermindert den Graubereich und erzeugt damit Klarheit.



**§ 84**  
**Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen**

Der beabsichtigten Verknüpfung der Überschreitung von Arzneimittelausgaben mit Rückzahlungen aus dem ärztlichen Honorar ist grundsätzlich zuzustimmen. Problematisch ist jedoch die Regelung in Abs. 4a: Die GKV Arzneimittel-Schnellinformation (GamSi) kann kein Barometer für die Richtgrößeneinhaltung sein, die Datenbasis ist hierfür unzureichend.

**Änderungsvorschlag:**

Absatz 4a wird wie folgt gefasst:

„(4a) In der Vereinbarung nach Absatz 1 ist ein Betrag als Vomhundertsatz der Gesamtvergütungen, mindestens insgesamt 0,5 vom Hundert, zu bestimmen, der für zwischen den Vertragspartnern abgestimmte Maßnahmen zur Information und Beratung der Vertragsärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung verwendet wird. Dabei ist im Rahmen der Honorarverteilung sicherzustellen, dass die einzelnen Arztgruppen entsprechend ihres Anteils am Verordnungsvolumen an der Aufbringung des Betrages nach Satz 1 beteiligt werden. Das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 zu regeln.“

**Begründung:**

Bei den Auswertungen nach § 84 Abs. 5 Satz 4 handelt es sich ausdrücklich um ein Schnellinformationsverfahren mit ungeprüften Daten. Es ist daher – für die GKV kaum beeinflussbar – äußerst strategieanfällig und kann daher kein Maßstab für Bonuszahlungen aus der Richtgrößeneinhaltung sein.

## **§ 85 Gesamtvergütung**

Die in Abs. 3 vorgesehene Regelung beschreibt einen Ausnahmetatbestand, der die Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bewirkt. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen finden eher neue Leistungen Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV als bisherige Leistungen wegfallen. Dies führt zwangsläufig zu Mehrausgaben bei den Krankenkassen und spielt der Ärzteschaft zu, die damit versucht, die budgetierte Gesamtvergütung auszuhebeln, d.h. finanzielle Mittel über die budgetierte Gesamtvergütung hinaus zu erhalten. Die Koppelung an eine Prüfung, ob ggf. Einsparungen durch wegfallende Leistungen zur Kompensation führen, reicht nicht aus. Es wäre eher eine Koppelung zwischen der Neuaufnahme und dem Wegfall von Leistungen oder die zwingende Festlegung von Mengensteuerungen zu präferieren. Außerdem sollte die Einführung neuer Leistungen an eine präzise Indikationsstellung gebunden werden. Sollte diese neue Regelung zum Tragen kommen, ist außerdem damit zu rechnen, dass von Seiten der Ärzteschaft ein Anreiz besteht, per se relativ viele Anträge in die Prüfung nach § 135 SGB V einzubringen.

Die in Abs. 4 Satz 2 vorgesehene Regelung schreibt eine Einigung der Verbände der Krankenkassen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) über den Honorarverteilungsmaßstab vor. Das bedeutet auf der einen Seite ein höheres Mitspracherecht und eine stärkere Einflussnahme. Es ist andererseits zu befürchten, dass die einheitlich und gemeinsam zu treffende Vereinbarung der Verteilungsmaßstäbe zwischen den Gesamtvertragspartnern den Verwaltungsaufwand steigert und eine zusätzliche Hürde beim Abschluss der Gesamtverträge darstellen wird. Die Regelung ist abzulehnen.

### **Änderungsvorschlag:**

- § 85 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:  
"Erwartete Mehrausgaben aufgrund der Einführung neuer Leistungen nach § 135 Abs. 1 SGB V sind durch Einsparungen aufgrund des Wegfalls von Leistungen nach der Entscheidung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V zu kompensieren. Die Beschlüsse des Bundesausschusses sind dementsprechend zu fassen."
- Streichung von Artikel 1 Nr. 42 Buchstabe e) aa) (Neuregelung von § 85 Abs. 4 Satz 2).

### **Begründung:**

- Die Vergütung neuer Leistungen aufgrund von Entscheidungen nach § 135 Abs. 1 SGB V sollte zwingend an den Wegfall von Leistungen gebunden werden.
- Die bisherige Benehmensregelung sollte beibehalten werden; sie ist ausreichend.

**§ 87**  
**Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab**

Die unter in Abs. 2a Satz 1 vorgesehene Regelung sieht vor, ärztliche Leistungen zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenzufassen. Grundsätzlich führen Fallpauschalen zu einer Herabsetzung der Zahl der Einzelleistungen, was in überversorgten Bereichen zu begrüßen ist. Es ist jedoch nicht sinnvoll, alle Leistungen in Fallpauschalen bzw. Leistungskomplexen zusammenzufassen. In unterversorgten Bereichen ist die Einzelleistungsvergütung ein angemessenes Instrument des Leistungsanreizes.

Die Änderung in Abs. 2d sieht vor, die bisherige Kann-Regelung bei der Zusammenfassung zahnärztlicher Leistungen zu Leistungskomplexen in eine Muss-Regelung zu überführen. Dies ist jedoch nicht in allen Fällen sinnvoll.

**Änderungsvorschlag:**

In Abs. 2a Satz 1 (neu) wird hinter dem Wort "zusammenzufassen" das Semikolon durch ein Komma ersetzt und eingefügt:

"ausschließlich in Bereichen der Unterversorgung können Einzelleistungsvergütungen vorgesehen werden;"

In § 87 Abs. 2d (neu) wird Satz 1 wie folgt gefasst:

"Für die Bildung von Festzuschüssen nach § 30 SGB V sind die im einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführten Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen."

**Begründung:**

In Bereichen der Unterversorgung kann die Einzelleistungsvergütung ein angemessenes Instrument des Leistungsanreizes sein.

Die Gesetzesbegründung für eine Umwandlung der Kann-Regelung bei der Zusammenfassung zahnärztlicher Leistungen zu Leistungskomplexen im einheitlichen Bewertungsmaßstab in eine Muss-Regelung stellt auf die Einführung von Festzuschüssen für die Versorgung mit Zahnersatz ab. Für diese Fälle erscheint eine Komplexbildung sinnvoll. Die übrigen Leistungen des Bema sollten aus Qualitätssicherungsgründen weiterhin als Einzelleistung vergütet werden.

## § 88 Bundesleistungsverzeichnis, Vergütungen

Bei der vorgesehenen Zusammenfassung zahntechnischer Leistungen zu Leistungskomplexen steht die Transparenz der Abrechnung im Vordergrund. Aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit mit der Abrechnung zahntechnischer Leistungen aus dem Ausland ist aus Sicht der Krankenkassen eine transparente Abrechnung zu begrüßen. Vor dem Hintergrund, dass der Wettbewerb unter den Anbietern zahntechnischer Arbeiten ausdrücklich gefördert werden soll, sollte den Krankenkassen zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, mit zahntechnischen Anbietern Verträge zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität abzuschließen. Außerdem sollte die bisher bestehende Höchstpreisregelung beibehalten werden, um Interpretationsspielräume über die Preisgestaltung zahntechnischer Arbeiten zu vermeiden.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 88 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

"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 Vertragspartien nach Satz 1 die Festzuschüsse nach § 30 für zahntechnische Leistungen. Festzuschüsse für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden, haben die Festzuschüsse nach Satz 2 um 5 v.H. zu unterschreiten."

§ 88 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Krankenkassen können mit zahntechnischen Anbietern Verträge zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität als in den Verträgen nach Abs. 2 Satz 1 schließen."

Satz 1 (neu) wird Satz 2.

### **Begründung:**

Der Fortfall der Formulierung "Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise" könnte so interpretiert werden, dass fortan die Preisgestaltung für zahntechnische Leistungen von den Vertragspartnern frei vereinbart werden kann. Die bisher gültige Höchstpreisregelung erlaubt zwar ein Unterschreiten der Preise, verhindert aber gleichzeitig ein Überschreiten und sollte beibehalten werden. Die vorgesehene Absenkung der Festzuschüsse um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden ist zu begrüßen, weil damit auch die Krankenkassen entlastet werden.

Vor dem Hintergrund des in der Gesetzesbegründung ausdrücklich gewollten Wettbewerbs unter den Anbietern zahntechnischer Leistungen muss den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, mit Anbietern zahntechnischer Arbeiten Verträge zu schließen, die unterhalb der festgelegten Höchstpreise liegen.

Die im Gesetzesentwurf in § 30 Abs. 5 Satz 2 vorgesehene Beifügung zweier Kostenangebote für zahntechnische Leistungen lässt sich ebenfalls nur unter verschärften Wettbewerbsbedingungen effektiv umsetzen.

Artikel 1  
Nr. 45a

**§ 90**  
**Landesausschüsse**

Die grundlegenden Regelungen zur Bedarfsplanung werden in den Richtlinien getroffen, die auf der Bundesebene erstellt werden. Dabei ist bereits die Einbeziehung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe vorgesehen. Die Einbeziehung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe in die Landesausschüsse führt zu unverhältnismäßig mehr Verwaltungsaufwand.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 45a § 90.

**Begründung:**

Die Regelung ist entbehrlich und sollte gestrichen werden, da eine Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe bereits auf der Bundesebene erfolgt,.

**§ 92**  
**Richtlinien der Bundesausschüsse**

Mit den Änderungen in Absatz 1 erhält der Bundesausschuss den Auftrag, jetzt auch die Inhalte und den zeitlichen Umfang von Fortbildungen, die für den Nachweis der Erfüllung der Pflicht zur ärztlichen Fortbildung erforderlich sind, in Richtlinien festzulegen. Diese Regelungen sind zu begrüßen. Allerdings ist durch die Richtlinienerstellung zur ärztlichen Fortbildung damit zu rechnen, dass die Ärzteschaft von den Krankenkassen die finanzielle Beteiligung an den Fortbildungen der Ärzte einfordert. Deshalb sollte gesetzlich in § 95d klargestellt werden, dass die Finanzierung der Fortbildungsmaßnahmen originäre Aufgabe der Ärzteschaft ist (vgl. Artikel 1 Nr. 49 § 95d).

Außerdem wird dem Bundesausschuss das zwingende Aufgreifen und Umsetzen der Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (DZQM) in Richtlinien vorgeschrieben. Hierzu wird auf die Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 91 § 139a-f verwiesen.

Im Bundesausschuss werden z.T. Themen von erheblicher inhaltlicher Bedeutung und erheblichem Umfang beraten (z.B. Apharese), die rein sachlich betrachtet mehr als sechs Monate Beratungszeit benötigen. Es muss die Möglichkeit geschaffen werden, in diesen Fällen die Bearbeitungszeit von sechs Monaten zu überschreiten.

**Änderungsvorschlag:**

Erweiterung der Ergänzung des Abs. 1 um folgende Passage:

"Muss die Frist von sechs Monaten aus inhaltlichen Gründen verlängert werden, ist dies dem BMGS gegenüber zu begründen."

**Begründung:**

Für Themen, die aufgrund erheblicher inhaltlicher Bedeutung und Umfang eine längere Beratungszeit als sechs Monate benötigen, muss eine entsprechende Ausnahmeregelung geschaffen werden.

**§ 95d**  
**Pflicht zur fachlichen Fortbildung**

Die Vorgabe des Inhalts und Umfangs der Fortbildung durch die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen ist zu begrüßen. Sie fördert ein bundesweit gleichgerichtetes Vorgehen. Durch die Erstellung von Richtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen muss damit gerechnet werden, dass die Ärzteschaft eine Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung einfordern wird. Deshalb sollte gesetzlich festgelegt werden, dass Durchführung der ärztlichen Fortbildung eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft ist.

**Änderungsvorschlag:**

§ 95d Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zusammen mit den Landes- und Bundesärztekammern die Durchführung der Fortbildungsmaßnahmen sicherzustellen."

**Begründung:**

Es ist gesetzlich klarzustellen, dass die Durchführung der ärztlichen Fortbildung eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft ist.



**§ 100**  
**Unterversorgung**

Eine gesetzlich vorgeschriebene Untergrenze von 75 v.H. des allgemeinen Versorgungsgrades ist als unausweichliche Grenze abzulehnen. Eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) zur Bedarfsplanung bzw. zur Fragestellung, ob ein Ärztemangel droht, zeigt, dass die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort zwingend zu berücksichtigen sind. Die Festlegung einer pauschalen Untergrenze wird voraussichtlich dazu führen, dass die spezifischen Besonderheiten vor Ort nicht beachtet werden. Die Änderung hat zur Folge, dass – gewissermaßen ungeprüft – lediglich bei Unterschreiten einer Grenze, neue Ärzte (und seien es auch "nur" Haus-, Augen- oder Frauenärzte) ins (ggf. verbliebene) Kollektivvertragssystem kommen. Die Krankenkassen werden dann mit finanziellen Forderungen der Ärzteschaft konfrontiert. Hier ist Augenmaß gefordert. Die derzeitigen Regelungen (auch in den Bedarfsplanungsrichtlinien) lassen die Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten zu und sind ausreichend.

**Änderungsbedarf:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 50 § 100.

**Begründung:**

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen sind ausreichend.

Artikel 1  
Nr. 52a

### **§ 105** **Förderung der vertragsärztlichen Versorgung**

Diese Regelung bedeutet, dass zusätzlich zu den Direktmaßnahmen (z B. Subventionierung von Praxisausstattung), die von den Kassenärztlichen Vereinigungen ergriffen werden können, ein zusätzliches Honorar an Ärzte in Gebieten gezahlt wird, in denen Unterversorgung festgestellt wird. Dieser Honorarzuschuss bedeutet praktisch eine Erhöhung der Gesamtvergütung von bis zu einem Prozent. Es ist nicht explizit erwähnt, dass diese Erhöhung dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterliegt. Im ungünstigsten Falle muss mit Beitragssatzsteigerungen gerechnet werden. Insofern und unter Berücksichtigung der Kommentierung zu den geplanten Änderungen gemäß Artikel 1 Nr. 50 § 100 SGB V ist dies nicht akzeptabel.

#### **Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 52a § 105.

#### **Begründung:**

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen sind ausreichend.

## § 106

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung**

Betreffend die Arzneimittel als einen Teil der veranlassten Leistungen wird das bestehende Verfahren modifiziert und ein neues Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Arzneimittel-Richtlinien eingeführt. Dies entspricht der Zielsetzung der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise. Die Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung der Prüfverfahren setzen technisch jedoch zum jetzigen Zeitpunkt zu viel voraus und werden sich kaum realisieren lassen. Ohne Not wird auf das bei Arzneimitteln einfach anzuwendende Instrument der Durchschnittswertprüfung ärztlich verordneter Leistungen verzichtet.

Vor dem Hintergrund des Wegfalls der Durchschnittsprüfungen sollte der Stichprobenumfang von 2 v.H. auf 5 v.H. erhöht werden.

Die vorgesehene Regelung, dass einem Vertragsarzt der den Krankenkassen zustehende Betrag unter bestimmten Voraussetzungen erlassen werden kann, ist abzulehnen. Hier würde dem System Geld entzogen, wobei das Kriterium der wirtschaftlichen Gefährdung des Vertragsarztes weit auslegbar ist.

#### **Änderungsvorschlag:**

§ 106 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:  
"1. arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Arznei- und Heilmittelleistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung),"
- In Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 wird die Angabe "2 vom Hundert" durch die Angabe "5 vom Hundert" ersetzt.
- In Abs. 5c (neu) sind die Wörter "oder erlassen" zu streichen.

#### **Begründung:**

- Das Instrument der Durchschnittswertprüfung ist für Arznei- und Heilmittel praktikabel und sollte beibehalten werden.
- Vor dem Hintergrund der entfallenden Durchschnittswertprüfung ist eine Erhöhung der Stichprobenprüfung erforderlich.
- Der vorgesehene Erlass des Betrages für den Vertragsarzt ist nicht sachgerecht. Hier würde dem System Geld entzogen, wobei das Kriterium der wirtschaftlichen Gefährdung des Vertragsarztes weit auslegbar ist. Hier ist die ebenfalls vorgesehene Stundung sachgerecht.

**§ 106a**  
**Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung**

§ 106a Abs.1 normiert, dass die sachlich-rechnerische Prüfung einschließlich der Plausibilitätsprüfung den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) obliegt. Nach § 106 Abs.1 letzter Satz sollen die KVen die Krankenkassen über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse informieren. Fraglich ist, ob mit dieser Formulierung die Krankenkassen vollumfänglich über die geprüften Ärzte, die Kriterien etc. informiert werden.

Gemäß § 106a Abs. 4 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien (die Bestandteil der Gesamtverträge werden) zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen, um bundesweit eine Gleichbehandlung aller Vertragsärzte zu gewährleisten. Hingegen ist die Vereinbarung von Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen nach § 106a Abs. 3 im Rahmen der jeweiligen Gesamtverträge zu regeln. Der GMG-Entwurf führt daher im Bereich der Sanktionen zu einer Ungleichbehandlung der Vertragsärzte.

**Änderungsvorschlag:**

- § 106a Abs. 1 (neu) letzter Satz: Nach dem Wort "Durchführung" wird eingefügt: "und den Gegenstand" der Prüfungen. Das drittletzte Wort "und" wird durch das Wort "sowie" ersetzt.
- § 106a Abs. 3 Satz 2 (neu): Nach dem Wort "Vereinbarungen" werden die Worte "sind" bis "Absatz 1 Satz 3" gestrichen und durch die Worte "ist auch die konkrete Ausgestaltung der in den Richtlinien genannten Sanktionen zu regeln" ersetzt. "Sowie des Nichtbestehens" wird ersetzt durch: "Außerdem sind Maßnahmen für den Fall des Nichtbestehens" ersetzt.
- § 106a Abs. 4 Satz 1(neu): Der Satz wird am Ende ergänzt durch: "sowie zu Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen."

**Begründung:**

Um künftig Abrechnungsfehlern auch präventiv begegnen zu können, ist es für die Krankenkassen unerlässlich, durch Plausibilitätsprüfungen zu Tage tretende Abrechnungsunregelmäßigkeiten zu kennen. Eine vollumfängliche Information über die Plausibilitätsprüfung ist daher notwendig.

Unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung sollten auch die Sanktionsmaßnahmen zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt werden. So könnte beispielsweise ein Verstoß gegen ein bestimmtes Zeitprofil die Kürzung des Honorars um einen festgelegten Prozentsatz zur Folge haben. Für derartige Festlegungen bestehen bundesweit gleichartige Strukturen, ohne dass unterschiedliche gesamtvertragliche Regelungen berührt sind.

## **§ 106b Einzelverträge**

Sieht man die Liberalisierung des Vertragsrechtes als den entscheidenden Weg an, um tradierte und in wesentlichen Punkten zu unerwünschten Ergebnissen führende Strukturen aufzubrechen sowie um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen, ist der gewählte Einstieg über Einzelverträge mit Fachärzten gemäß Artikel 1 Nr. 55 unzureichend. Das Nebeneinander alter kollektivvertraglicher und neuer einzelvertraglicher Strukturen mit einem Versorgungstyp „in Abwicklung“ und einem „in Aufbau“, dessen Gestaltungsfelder möglicherweise vorwiegend im Konditionenwettbewerb liegen werden, tragen im Ergebnis wahrscheinlich nicht zu einer effektiveren und effizienteren Versorgung bei. Da die Qualitätsvorgaben der vertragsärztlichen Versorgung im wesentlichen auch für die Einzelverträge gelten, ist hier ebenfalls nicht zwingend Qualitätsverbesserung vorprogrammiert.

Handelt es sich mit der Ausgestaltung des § 106b auch um einen vorsichtigen Einstieg in einzelvertragliche Strukturen, so sind neue Risiken für die Versorgungsqualität und die finanzielle Stabilität der GKV nicht ausgeschlossen. Der Verwaltungsaufwand für die Kassen wird erheblich steigen. In wie weit eine Bereinigung der Gesamtvergütungen zu erreichen ist, die sicherstellt, dass es zu keiner "add-on"-Finanzierung kommt, bleibt fraglich. Dazu drohen ein sich aufschaukelnder Konditionenwettbewerb wie Versorgungsdisparitäten. Zu all diesen Fragen bleibt der Entwurf die entscheidenden Antworten schuldig. Statt dessen werden die bisherigen Zuständigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen zunächst weitgehend unangetastet gelassen. Es ist fragwürdig, ob die Ausgestaltung des § 106b die zügige und wahrnehmbare Etablierung von Alternativformen der medizinischen Dienstleistung befördert.

Politik steht in der Verantwortung zu definieren, welches System der Versorgungssteuerung sie haben will. Ein schablonenhaftes "sowohl als auch" ist nicht geeignet, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Mehr Wettbewerb auf der Anbieterseite bedeutet Regelungen zu finden, die bei Behinderungen einer inhaltlich und ökonomisch sinnvollen Weiterentwicklung des Kollektivvertragsrechts kostenneutrale, qualitätsverbessernde und diskriminierungsfreie Einzel- oder Arztgruppenverträge ermöglichen.

Die folgenden Änderungen sind notwendige Klarstellungen.

### **Änderungsvorschlag:**

In § 106b Abs. 2 sollte als zweiter Satz eingefügt werden:

"Die Vorschriften des Vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend mit Ausnahme der Vorschriften des Zweiten Abschnitts."

In § 106b Abs. 8 ist nach Satz 2 folgender Satz einzufügen:

"Die Berechnungsgrundlagen sind den Krankenkassen von den Kassenärztlichen Vereinigungen offen zu legen."

### **Begründung:**

Vor dem Hintergrund, dass die Einführung von Einzelverträgen an sich schon mehr Wettbewerb bedeutet, will der Gesetzgeber die analoge Beachtung der Vorschriften des Vierten Teils des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen mit Ausnahme des Zweiten Teils der Vorschriften ausschließen. Damit wird die Beachtung des rechtlich vorgeschriebenen Vergabeverfahrens gestrichen. Es sollte allerdings zum einen nicht auf bereits rechtlich erprobte Verfahrensvorschriften zu einem fairen Vergabeverfahren verzichtet werden, die sich so auch aus der Rechtsprechung ergeben und mit den (relativ) neuen Vorschriften im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, den Verdingungsordnungen und der Vergabeverordnung umgesetzt wurden. Zum anderen ist es für öffentliche Auftraggeber unverzichtbar – nicht nur um der Korruption vorzubeugen, sondern auch um Wirtschaftlichkeitsreserven (Wirtschaftlichkeitsgebot) auszuschöpfen –, den Markt im Rahmen des Vergabeverfahrens zu erforschen, um damit eine wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Deswegen muss, um auch europarechtlichen Vorschriften zu genügen, das Wettbewerbsrecht Beachtung finden. Die vorgeschlagene Regelung zwingend notwendig, ansonsten ist zu erwarten, dass sich die Krankenkassen und deren Verbände ständigen Rechtsstreiten unberücksichtigter Leistungserbringer aussetzen.

Die Krankenkassen müssen die Möglichkeit haben, die bereinigte Summe nachvollziehen zu können. Dazu müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Ermittlung des bereinigten Betrages den Krankenkassen gegenüber transparent zu machen.

Artikel 1  
Nr. 56

## **§ 108** **Zugelassene Krankenhäuser**

Ab 2007 ändert sich der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Krankenhäusern. Der Abschluss eines Versorgungsvertrages ist Voraussetzung für die Zulassung. Dies wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings sind die Hochschulkliniken von dem Erfordernis des Abschlusses eines Versorgungsvertrages ausgenommen.

### **Änderungsvorschlag:**

Artikel 1 Nr. 56 § 108 wird wie folgt geändert:

In Nr. 1 werden hinter dem Wort "Krankenhäuser" die Wörter „und Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes“ eingefügt.

Nr. 2 wird gestrichen.

Nr. 3 wird Nr. 2.

### **Begründung:**

Es ist sachlich nicht zu rechtfertigen, dass für Hochschulkliniken andere Bestimmungen gelten sollen als für andere Krankenhäuser. Daher sind die Regelungen für Hochschulkliniken denen für die übrigen Krankenhäuser anzupassen.

## § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge

Im Absatz 2 wird zunächst die Einführung der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung und die Konsequenzen bei Nichteinhaltung beschrieben. Dagegen bestehen keine Einwände, soweit der Absatz 2 in der vorgesehenen Form erhalten bleibt (vgl. hierzu den Ergänzungsvorschlag in Teil III zur Streichung von § 124 SGB V). Im Falle einer Streichung der Zulassung wären die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer, z.B. zur Fortbildung, in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu vereinbaren.

Weiterhin wird ausgeführt, dass die Krankenkassen Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen bei gleicher Qualität schließen können. Es wird ferner die Möglichkeit eingeräumt, dass die Krankenkassen ihren Bedarf an Heilmitteln öffentlich ausschreiben, um auf diesem Wege den günstigsten Anbieter ermitteln können. Diese Ergänzung ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Sie ist aber nicht weitgehend genug.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 125 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- Satz 4 erhält folgende Fassung:  
"Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer vorbehaltlich der Preisfindung nach Satz 5 Vereinbarungen über Preise und Qualitätssicherungsmaßnahmen."
- Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt:  
"Die Krankenkassen oder ihre Verbände können bei den Leistungserbringern oder ihren Verbänden Preisvergleiche über Heilmittel durchführen und preisgünstige Angebote durch Ausschreibungen ermitteln. Die Krankenkasse darf preisgünstige Leistungserbringer mit der Versorgung ihrer Versicherten beauftragen. Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse keinen Vertrag geschlossen hat, dürfen keine Heilmittel zu Lasten der Krankenkasse abgeben. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Versorgung darauf hinzuweisen."

### **Begründung:**

Die Beziehung zu den Heilmittel-Leistungserbringern sind rechtlich anders zu regeln. Den Krankenkassen oder ihren Verbänden ist die Möglichkeit einzuräumen, ihren Bedarf an Heilmitteln im Wege von Ausschreibungen zu decken, ohne dass daraus die Verpflichtung entsteht, mit allen Leistungserbringern zu den selben Preisen Verträge abzuschließen. In diesen Vereinbarungen sind auch Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer, z.B. zur Fortbildung, zu vereinbaren. Es ist auch festzulegen, dass die Versicherten die Heilmittel nur von den Leistungserbringern erhalten können, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat; sonst entfällt der Anspruch auf Kostenübernahme von Heilmitteln. Ferner ist festzulegen, dass die Heilmittel-Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse keine Verträge geschlossen hat, keine Heilmittel zu Lasten der Krankenkasse abgeben dürfen.



## **§ 127 Verträge**

Es können keine Verträge mit einzelnen Leistungserbringern abgeschlossen werden. Diese Möglichkeit sollte wieder aufgenommen werden.

Es wird die Möglichkeit eingeräumt, dass die Krankenkassen ihren Bedarf an Hilfsmitteln öffentlich ausschreiben, um auf diesem Wege den günstigsten Anbieter ermitteln können. Diese Ergänzung ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Sie ist aber nicht weitgehend genug; es wird auf die Ausführungen zu dem unten stehenden Änderungsvorschlag verwiesen.

Die vorgesehene Regelung, dass die Krankenkassen die Versicherten sowie die Ärzte über Vertrags-Leistungserbringer sowie über die vereinbarten Preise zu informieren haben, ist zwar mit hohem Verwaltungsaufwand verbunden. Sie ist aber notwendig, wenn dem Vorschlag gefolgt wird, Einzelverträge schließen zu können. Insoweit wird auf den neu gefassten § 127 Abs. 2 unter dem Titel Änderungsvorschlag verwiesen.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 127 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

"Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Verbände der Krankenkassen sowie der Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitglieder oder die Krankenkassen Verträge mit den Verbänden der Leistungserbringer oder mit einzelnen Leistungserbringern. Soweit Festbeträge gelten, können sich die Verbände der Leistungserbringer mit Wirkung für ihre Mitglieder oder einzelne Leistungserbringer in Verträgen bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) oder zu niedrigeren Beträgen abzugeben."

§ 127 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„Zur Ermittlung der günstigsten Vertragspreise können unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentliche Ausschreibungen durchgeführt werden. Die Verbände der Krankenkassen mit Wirkung für ihre Mitglieder oder die Krankenkassen dürfen preisgünstige Leistungserbringer mit der Versorgung ihrer Versicherten beauftragen. Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse keinen Vertrag geschlossen hat, dürfen keine Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkasse abgeben. Der Leistungserbringer hat den Versicherten vor der Versorgung darauf hinzuweisen.“

§ 127 Abs. 3 ist wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkassen müssen die Versicherten sowie die Ärzte über die Leistungserbringer von Hilfsmitteln, mit denen sie eine Vereinbarung nach Abs. 2 geschlossen haben sowie über die vereinbarten Preise informieren.“

### **Begründung:**

Es existiert nach wie vor keine ausreichende, jedoch vielfach von der Politik geforderte Markttransparenz im Hilfsmittelbereich. Dadurch bedingte Unwirtschaftlichkeiten in der Hilfsmittelversorgung sind hinlänglich bekannt. Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern von Hilfsmitteln ist in vielen Bereichen kaum festzustellen. Der Versuch

einiger Krankenkassen, Hilfsmittel auszuschreiben, ist bislang nur punktuell gelungen. Oberstes Ziel bleibt die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln als Sachleistung, also die zuzahlungsfreie Versorgung. Ein Mittel dazu ist die Einführung von Ausschreibungsmöglichkeiten.

Eine Kapazitätssteuerung auf Seiten der Leistungserbringer ist derzeit nicht möglich, da jeder Hilfsmittel-Leistungserbringer zuzulassen ist, der die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt. Eine Beschränkung auf vertragliche Bindungen, mit einer am Bedarf orientierten Zahl von Leistungserbringern ist aufgrund des bestehenden Kontrahierungszwangs nicht möglich. Darüber hinaus kann nach der heutigen Rechtslage der Versicherte einen zugelassenen Leistungserbringer aussuchen, mit dem keine vertraglichen Vereinbarungen bestehen. Der dann möglicherweise zu zahlende Preis ist vielfach höher als der Vertragspreis und dennoch von den Krankenkassen zu bezahlen.

Die Beziehungen zu den Hilfsmittel-Leistungserbringern müssen rechtlich anders geregelt werden. Den Krankenkassen oder ihren Verbänden soll die Möglichkeit eingeräumt werden, ihren Bedarf an Sachleistungen im Wege von Ausschreibungen zu decken, ohne dass daraus die Verpflichtung entsteht, mit allen Leistungserbringern zu den selben Preisen Verträge abzuschließen. In diesem Zusammenhang soll auch festgelegt werden, dass die Versicherten die Hilfsmittel nur von den Leistungserbringern erhalten können, mit denen die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat; sonst entfällt der Anspruch auf die Kostenübernahme von Hilfsmitteln. Ferner ist festzulegen, dass die Hilfsmittel-Leistungserbringer, mit denen die Krankenkasse keine Verträge geschlossen hat, keine Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkasse abgeben dürfen.

Artikel 1  
Nr. 76

**§ 130**  
**Rabatt**

Die Rücknahme des erhöhten Apothekenrabattes nach dem Beitragssatzsicherungs-Gesetz (BSSichG) und eine Umstellung auf einen fixen Abschlag ist nur in Verbindung mit einer akzeptablen Regelung der Arzneimittelpreisverordnung vertretbar.

Der Vorschlag des BMGS zur Modifizierung der Arzneimittelpreisverordnung ist ausgabenneutral zum Status quo auszurichten (vgl. hierzu die Anmerkungen zu Artikel 16 Nr. 3 § 3).

**§ 135**  
**Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Die Änderungen des § 135 Abs. 1 Satz 1 sind hinsichtlich der Antragsmöglichkeit des Patientenbeauftragten kritisch zu sehen. Hintergrund ist zum einen die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch die Pharmaindustrie und zum anderen muss damit gerechnet werden, dass es zu einer deutlichen Steigerung der Antragstellungen kommen wird. Bereits jetzt werden die Belange der Patienten bzw. der Versicherten berücksichtigt, da die Antragstellung von Seiten der Krankenkassen in der Vergangenheit häufig auf vermehrten Einzelfallanträgen zu bestimmten Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden beruht haben.

**Änderungsvorschlag:**

In Artikel 1 Nr. 80 § 135 werden folgende Änderungen vorgenommen:

- Buchstabe a) wird gestrichen.
- Buchstabe b) wird Buchstabe a).

**Begründung:**

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen sind ausreichend.

Artikel 1  
Nr. 86a

### **§ 137c**

#### **Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus**

Hierbei handelt es sich um eine Konsequenz aus der Gründung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (vgl. Artikel 1 Nr. 91 § 139a-f), die in der vorgesehenen Form abgelehnt wird. Das BMGS sichert sich damit den direkten Zugriff auf die Arbeit und die Entscheidungen des Ausschusses Krankenhaus. Der Selbstverwaltung wird damit die alleinige Kompetenz entzogen. Dies wird abgelehnt.

#### **Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 86a § 137c.

#### **Begründung:**

Die Einschränkung der Kompetenz der Selbstverwaltung wird abgelehnt.

**§ 139**  
**Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln**

Mit der Änderung in Absatz 2 wird die Dauer der Entscheidungsfindung im Antragsverfahren zur Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses auf maximal sechs Monate beschränkt. Die Ergänzung ist nicht erforderlich. Aus der Rechtsprechung ergibt sich, dass über die Anträge auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis in einem förmlichen Verwaltungsaktverfahren zu entscheiden ist. Damit gelten auch die allgemeinen Verwaltungsverfahrensvorschriften (z.B. § 88 SGG).

Die Regelungen in Absatz 3 (neu) zielen darauf ab, die Empfehlungen für einheitliche Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln von der Landesebene auf die Bundesebene zu verlagern. Die Verlagerung auf die Bundesebene wird zwar befürwortet, der Regelungsort (SGB V) wird aber für falsch gehalten. Es wird im Zusammenhang mit dem geforderten Fortfall des § 126 SGB V und die Überführung des Hilfsmittelverzeichnisses in eine Liste zertifizierter Hilfsmittel (nur für diese übernimmt die Krankenkasse die Kosten) angeregt, die in den Zulassungsvorschriften und -empfehlungen verankerten Qualitätskriterien für Leistungserbringer in das Hilfsmittelverzeichnis zu übernehmen.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 90 § 139.

**Begründung:**

Es besteht keine Regelungsnotwendigkeit. Es gelten die allgemeinen Verwaltungsverfahrensvorschriften (z.B. § 88 SGG), die dies beinhalten.

Die Empfehlungen für einheitliche Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung der Leistungserbringer sollten in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden. Eine Ergänzung des § 139 SGB V ist daher entbehrlich (siehe hierzu auch Teil III Ergänzungsvorschlag zur Streichung von § 126 SGB V).

**§ 139a-f**  
**Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin**

Die Spitzenverbände und die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung verstehen die Neugründung eines "Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin" als staatsnahen Eingriff in die Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Gründung eines "Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin" beschädigt ein originäres Element des deutschen Gesundheitswesens, das Selbstverwaltungssystem. Insofern lehnen die GKV-Spitzenverbände den Vorschlag der §§ 139a-f ab.

Gleichwohl wird das politische Anliegen nach unabhängiger Qualitätsbewertung und -sicherung geteilt und unterstützt. Zudem gilt es, die anstehende Reform zu nutzen, um die zweifelsohne bestehenden Defizite in der Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung zu beseitigen (Intransparenz, fehlende Evidenzbasierung, zeitverzögerte Entscheidungen usw.). Vor diesem Hintergrund unterbreiten die GKV-Spitzenverbände ein Modell, das dem Anspruch nach unabhängiger Qualitätsbewertung und -sicherung ebenso Rechnung trägt wie er das Selbstverwaltungsprinzip weiterentwickelt:

Dazu soll die bestehende Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss e. V., die derzeit u.a. die Geschäftsführung der Bundesausschüsse, des Ausschuss Krankenhaus wie des Koordinierungsausschuss inne hat, zu einem "Deutsches Zentrum für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung" (DZQWGKV) weiterentwickelt werden. Die bestehenden Institutionen Koordinierungsausschuss, Bundesausschüsse und Ausschuss Krankenhaus bestehen in ihrer heutigen Form, ihren heutigen Aufgabenstellungen und ihrer Unabhängigkeit unter dem Dach des DZQWGKV weiter. Sie sind ständige, unabhängige Entscheidungsstellen des Zentrums.

Dem DZQWGKV wird ein wissenschaftliches Institut zugeordnet, das als Stiftung des privaten Rechts den aktuellen medizinischen Wissensstand transparent für die Entscheidungen der Bundesausschüsse, des Ausschuss Krankenhaus und des Koordinierungsausschusses aufbereitet. In einem Kuratorium des Instituts sollen Wissenschaft, Praxis und Patientenvertreter die grundsätzliche Arbeit des Instituts steuern. Sie erhalten die Möglichkeit, alle Ergebnisse des Institutes zu kommentieren und haben insofern auch Möglichkeit, ihre Sichtweise in den Bundesausschüssen, den Ausschuss Krankenhaus und den Koordinierungsausschuss einzubringen. Das Institut erhält grundsätzlich Aufträge aus dem Zentrum, kann aber auch gegen eine entsprechende Finanzierung Aufträge des BMGS bzw. des Patientenbeauftragten entgegennehmen. Die Institutsleitung wird nicht auf Weisung des Zentrums arbeiten. Insofern besitzt das Institut eine größtmögliche Unabhängigkeit.

Die Finanzierung von DZQWGKV und Institut soll über eine Pauschale pro Behandlungsfall erfolgen, womit die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung und des ihm zuarbeitenden Instituts auf eine solide finanzielle Basis gestellt würde.

Da derzeit die GKV-Spitzenverbände übergreifend an einer Gesetzesnorm zur Realisierung der oben dargelegten Vorstellungen gearbeitet wird, wird an dieser Stelle auf die Vorlage einer Norm verzichtet.

Artikel 1  
Nr. 93

**§ 140b**  
**Verträge zur integrierten Versorgung**

Ein Beitritt Dritter zu den Verträgen der integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich. Die Versicherten müssen einen freien, wohnortnahen Zugang zu allen Leistungen haben. Insofern müssen auch alle Krankenkassen die Möglichkeit haben, bestehenden Verträgen beizutreten oder selbst Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen.

**Änderungsvorschlag:**

Abs. 5 (neu) wird durch einen Satz 2 ergänzt:

"Vertragsbestimmungen, die einen Leistungserbringer ausschließlich an die Krankenkassen oder die Verbände binden, mit denen er den Vertrag geschlossen hat, sind unwirksam."

**Begründung:**

Im Rahmen der Sicherstellung sind Exklusivverträge auszuschließen.



**§ 140d**  
**Bereinigung, Ausgleiche**

Die Streichung der Vorgabe einer Rahmenvereinbarung nach dem bisherigen § 140d ist zu begrüßen, weil diese Vereinbarung als ein maßgeblicher Hinderungsgrund für den Abschluss von Integrationsverträgen anzusehen ist. Die Bereinigungsvorgaben müssen jedoch mit Blick auf den stationären Sektor zwingend konkretisiert werden, weil ansonsten zu befürchten steht, dass integrierte Versorgungsformen wie in der Vergangenheit nicht umgesetzt werden können.

**Änderungsvorschlag:**

§ 140d wird folgender Abs. 3 angefügt:

"Im Falle der Beteiligung eines Krankenhausträgers an integrierten Versorgungsformen sind auch die jeweiligen Krankenhausbudgets nach Krankenhausentgelt- bzw. Krankenhausfinanzierungsgesetz um die Kosten für die beteiligten Versicherten zu bereinigen."

**Begründung:**

Es bedarf im Rahmen der integrierten Versorgung auch Bereinigungsverfahren im stationären Sektor.

**§ 140e SGB V**  
**Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages**

Die Ermöglichung von Verträgen im Geltungsbereich des EG-Vertrages entspricht einer Forderung der GKV-Spitzenverbände, denn sie ermöglicht, den Versicherten auch in EWR-Raum die Vorteile des Sachleistungsprinzips zu gewähren.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Verträge nur auf Ebene der Krankenkassen geschlossen werden dürfen. Dies kann für grenznahe Regionen sinnvoll sein. Für entferntere Gebiete ist es ggf. sachgerecht und wirtschaftlicher, dass die Verträge auf Landes- und/oder Bundesebene geschlossen werden. Daher sollte eine entsprechende Ergänzung aufgenommen werden, die auch einen Vertragsabschluss auf Verbandsebene ermöglicht.

Um eine Doppelzahlung der Krankenkassen (einmal über Gesamtvergütung und zum zweiten über Kostenerstattung für EWR-Auslandsinanspruchnahme im Rahmen von Verträgen) zu verhindern, bedarf es zwingend einer gesetzlichen Regelung zur Budgetbereinigung, die die Anrechnung aller Auslandsfälle auf die betroffenen Budgets gewährleistet.

**Änderungsvorschlag:**

In § 140e sind in Satz 1 nach dem Wort Krankenkasse die Wörter "und ihre Verbände" einzufügen.

§ 140e ist ein Satz 2 anzufügen:

"Die Ausgaben für Leistungen nach § 140e sind in den einzelnen Versorgungsbereichen budgetmindernd zu berücksichtigen."

**Begründung:**

Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, auch auf der Ebene der Verbände Verträge zu schließen.

Um Doppelzahlungen zu vermeiden, sind Regelungen zur Budgetbereinigung vorzusehen.

**§ 171a**  
**Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen**

Die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt, da kassenartenübergreifende Fusionen keinen Beitrag zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung leisten. Vielmehr bestünde die Gefahr, dass durch einen ständig weiter voranschreitenden Konzentrationsprozess der Weg zur Einheitskasse geebnet würde. Der Wettbewerb hätte sich dann ad absurdum geführt. Die Regelung der Verbandszugehörigkeit ist ebenfalls als ein Übergangsphänomen auf dem Weg zu einem Dachverband zu sehen.

**Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 1 Nr. 113 § 171a.

**Begründung:**

Durch kassenartübergreifende Fusionsmöglichkeiten ist keine weitere Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung gegenüber den Möglichkeiten kassenartinterner Konzentration zu erwarten. Zugleich hätte die Regelung aber weitreichende und nicht abschließend diskutierte Konsequenzen in vielen Hauptbereichen des SGB V (z.B. Haftungsrecht). Solange keine nachvollziehbare Argumentation im Sinne eines Gesamtkonzeptes vorliegt, die die Überlegenheit einer kassenartenübergreifenden gegenüber einer kassenarteninternen Lösung nachvollziehbar darlegt, ist auf die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen zu verzichten. Die Regelung ist daher zu streichen.

## § 172

### **Anhörungs- und Informationsrechte der Verbände**

Die vorgesehene Erweiterung der Informationsrechte/Beratungspflichten der Verbände ist grundsätzlich begrüßenswert. Kritisch zu bewerten ist hingegen die Verpflichtung für die Verbände, bereits im Falle, dass die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer Kasse als bedroht eingeschätzt wird, die Aufsichtsbehörde über die finanzielle Situation sowie die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr unterrichten müssen. Dies greift nachteilig in das Vertrauensverhältnis zwischen Verband und Mitgliedskasse ein. Aufsichtshandeln kann nur im Sinne staatlicher Letztverantwortung erfolgen. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend stehen zunächst die unmittelbar betroffenen Akteure in der Verantwortung, tragfähige Lösungen zu finden. Erst wenn die notwendigen Maßnahmen unterbleiben, ist eine Einbindung der Aufsichtsbehörden angezeigt und sachgerecht.

#### **Änderungsvorschlag:**

In Satz 2 werden die Worte "und die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation der Krankenkasse und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten" gestrichen.

In Satz 3 wird nach dem Wort Krankenkasse das Wort "auch" gestrichen.

#### **Begründung:**

Es entspricht dem Subsidiaritätsprinzip, dass Krankenkassen und Verbände zunächst in eigenen Verantwortung die zu lösenden Probleme angehen. Erst wenn dies nicht gelingt sind die Aufsichtsbehörden – unbeschadet ihrer bereits heute bestehenden Möglichkeiten und Verantwortung – einzubeziehen.

Artikel 1  
Nr. 115

**§ 173**  
**Allgemeine Wahlrechte**

Es werden u.a. die allgemeinen Wahlrechte für den Fall einer kassenartenübergreifenden Fusion konkretisiert. Da diese Änderung des Organisationsrechtes grundsätzlich abgelehnt wird, sind diese Regelungen in § 173 Abs. 2 entbehrlich.

**Änderungsvorschlag:**

Der letzte Satz in § 173 Abs. 2 (neu) wird gestrichen.

**Begründung**

Folgeänderung zur geforderten Streichung von Artikel 1 Nr. 113 § 171a.

**§ 197a**  
**Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfungsstellen**

Die Vorschrift ist die Analogie zu Artikel 1 Nr. 38 § 81a für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Entsprechend den vorgeschlagenen Änderungen bei § 81a sind Änderungen in § 197a vorzunehmen.

Abrechnungsungereimtheiten und Abrechnungsbetrug sind in der Regel nicht auf einen KV-Bezirk beschränkt. Für koordinierende Aufgaben innerhalb der GKV sowie für bundesweit relevante Fragestellungen und als Ansprechpartner für Dritte wie Staatsanwaltschaften, Politik etc. bedarf es eines Ansprechpartners.

**Änderungsvorschlag:**

- § 197a Abs. 2 (neu): Das Wort "sollen" wird ersetzt durch die Worte "sind verpflichtet,"
- § 197a Abs. 3 (neu): Der 2. Halbsatz nach dem Wort "unterrichten," wird wie folgt gefasst: "...wenn sich ergibt, dass der Verdacht auf eine strafbaren Handlung bestehen könnte, die im Zusammenhang mit der Gesetzlichen Krankenversicherung steht."
- § 197a Abs. 5 (neu): "Die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung richten eine gemeinsame organisatorische Einheit zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption ein. Hierbei arbeiten sie mit den nach § 197 a Abs. 1 einzurichtenden Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfungsstellen zusammen."

**Begründung:**

Vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 38 § 81a.

Um bundesweite Phänomene von Abrechnungsfehlern erkennen zu können, bedarf es bundesweiter Recherchen und einer entsprechenden kassenartenübergreifenden bundesweiten Koordination. Eine organisatorische Einheit zur Korruptionsbekämpfung auf Spitzenverbandsebene ermöglicht darüber hinaus, als fester Ansprechpartner für Dritte, wie z.B. Staatsanwaltschaften, Ministerien etc., zur Verfügung zu stehen und den Informationsfluss sowohl zu den Kassen als auch zu Staatsanwaltschaften zu gewährleisten.

**§ 220**  
**Grundsatz**

Die Regelung stellt einen nicht sachgerechten Eingriff in die autonomen Rechte der Selbstverwaltung dar, indem die Krankenkassen verpflichtet werden – ungeachtet der tatsächlichen finanziellen Lage – Beitragssatzsenkungen vorzunehmen. Damit wird durch den Gesetzgeber ein Missachten der Verpflichtungen nach §§ 260 und 261 SGB V geradezu herausgefordert.

Die Politik hat die Krankenkassen mit Blick auf die zu erwartenden Einsparungen aus der jetzt anstehenden Gesundheitsreform bereits seit letztem Jahr massiv gedrängt, auf dem Grunde nach notwendige Beitragssatzerhöhungen zu verzichten. Der kurzfristige zusätzliche Bedarf an Finanzmitteln wurde über den Rückgriff auf Betriebsmittel und Rücklagen realisiert. Den Krankenkassen jetzt aus kurzfristigen politischen Opportunitätserwägungen ein Auffüllen der Betriebsmittel und Rücklagen auf die gesetzlich vorgesehenen Größen zu untersagen, verschiebt die Verantwortung in unzulässiger Weise. Wenn die Aufsichten bei der Aufstellung des "übernächsten" Haushalts eine gesetzeskonforme Betriebsmittel- und Rücklagenhöhe einfordern und dann Beitragssatzanhebungen unumgänglich werden, wird die Verantwortung wieder auf die Krankenkassen geschoben.

**Änderungsvorschlag:**

Artikel 1 Nr. 122 § 220 Abs. 4 SGB V (neu) wird gestrichen.

**Begründung:**

Die Regelung stellt einen nicht sachgerechten Eingriff in die autonomen Rechte der Selbstverwaltung dar und wird daher abgelehnt.

**§ 221 SGB V**  
**Erstattung der Aufwendungen durch den Bund**

Die Deckelung des Finanzierungsbetrages des Bundes auf das Einkommen aus der Tabaksteuererhöhung ist für die GKV finanziell bedenklich, da den Krankenkassen bei höheren Leistungsausgaben die entsprechenden Mehrausgaben nicht erstattet würden.

Darüber hinaus wird seitens des Finanzministers selbst erwartet, dass das zusätzliche Tabaksteueraufkommen – nach vollständiger Erhöhung – "nur" 3 Mrd. Euro ausmacht. Der GKV würden die versicherungsfremden Leistungen also nur teilweise ersetzt. Die Koppelung einer Realisierung dieser Zusage an die Einnahmen aus einer Tabaksteuererhöhung ist verfehlt. Ist die politische Einschätzung, dass diese Leistungen gesellschafts- und /oder familienpolitisch notwendig sind, richtig, sind diese auch gesamtgesellschaftlich zu finanzieren; und zwar vollständig. Anderenfalls muss Politik klar benennen, welche der in Rede stehenden Leistungen diesen Kriterien nicht genügen. In diesem Fall hat die Politik auch die Verantwortung dafür zu tragen, dass diese Leistungen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden.

**Änderungsvorschlag:**

§ 221 wird wie folgt gefasst:

"§ 221 Erstattung von Aufwendungen durch den Bund

Die Aufwendungen für Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 13 Abs. 1 und 15 des Mutterschutzgesetzes), Empfängnisverhütung (§ 24a), Schwangerschaftsabbruch (§ 24b), Haushaltshilfe (§ 38) sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45) werden durch den Bund über das Bundesversicherungsamt erstattet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich bestimmen eine Krankenkasse oder einen Verband als zentrale Stelle für die Zusammenstellung der Aufwendungen der Krankenkassen und die Abrechnung mit dem Bundesversicherungsamt. Das Bundesversicherungsamt verteilt die Erstattungen an die berechtigten Krankenkassen."

**Begründung:**

Den Krankenkassen sollten die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen erstattet werden und zwar unabhängig vom tatsächlichen Aufkommen aus der Tabaksteuererhöhung.



**§ 249 SGB V**  
**Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung**

Durch die Regelung wird die Beitragslastverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern neu geregelt und die paritätische Finanzierung aufgegeben. Künftig soll anstelle der bisherigen hälftigen Beitragstragung der Arbeitnehmer einen Anteil von 53 v.H., der Arbeitgeber einen Anteil von 47 v.H. des gesamten Krankenversicherungsbeitrages tragen. Gleiches gilt für Arbeitnehmer in der Gleitzone. Mit der Regelung soll im Ergebnis die politisch gewollte Herausnahme der Krankengeldausgaben aus der paritätischen Finanzierung umgesetzt werden.

Die GKV hat sich grundsätzlich gegen die Ausgliederung von Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog ausgesprochen. Die nunmehr im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung entspricht zwar der von der GKV erhobenen Forderung, die Leistung 'Krankengeld' weiterhin im GKV-Leistungskatalog zu belassen (im Gegensatz zu einer PKV-Lösung). Allerdings gewährleistet die vorgesehene Regelung nicht die gleichmäßige Entlastung aller Arbeitgeber von dem Risiko 'Krankengeld'. Ursache hierfür ist zum einen die ungleichmäßige Verteilung des Risikos 'Krankengeld' auf die Branchen und Berufsgruppen (bedingt u.a. durch unterschiedliche Tarifabschlüsse, unterschiedliche Belastungen und damit Krankenrisiko in den verschiedenen Branchen; im Ergebnis Benachteiligung von klein- und mittelständischen Betrieben) und andererseits der in dieser Hinsicht mangelnde Finanzausgleich (Risikostrukturausgleich), der aktuell in der GKV praktiziert wird. Um eine gleichmäßige Entlastung aller Arbeitgeber zu erreichen, sind daher flankierende Regelungen vonnöten.

Sollte es zu einer Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung kommen, sollte das Krankengeld künftig vollständig bundesweit – über alle Krankenkassen hinweg – ausgeglichen werden (bundesweiter Krankengeldpool). Vgl. hierzu Teil III Änderungsvorschlag zu §§ 266, 267 SGB V.

**§§ 274a-c**  
**Beauftragte/Beauftragter zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen**

Der Sechste Abschnitt des Achten Buches ist betitelt mit: Beauftragte/r zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Mit diesem Titel wird suggeriert, es handle sich um eine Stelle, die sich ausschließlich mit den Korruptionsdelikten befasst. Dies ist nicht sachgerecht.

Dem Korruptionsbeauftragten wird eine Fülle von Aufgaben zugeschrieben. Von strafrechtlich relevanten Tatbeständen über Fallkonstellationen, wie der Abrechnung nicht erbrachter oder medizinisch nicht indizierter Leistungen, bis zu unlauterem Zusammenwirken von Leistungserbringern zur Gewinnmaximierung sollen Prüfungen vorgenommen werden. Die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Behörden soll in größerem Umfang erfolgen. Um diesen Anforderungen nachkommen zu können, muss der Korruptionsbeauftragte die Möglichkeit eines frühzeitigen Zugriffs auf Informationen haben.

**Änderungsvorschlag:**

- Im Titel für den Sechsten Abschnitt wird das Wort "Korruption" durch das Wort "Abrechnungsmanipulationen" ersetzt.
- § 274a Abs. 4 (neu): Nach dem Wort "Verbände" werden die Worte: "Auskünfte einschließlich der Übermittlung personenbezogener Daten verlangen." eingefügt. Vor dem Wort "Hersteller" werden die Worte: "Darüber hinaus kann er" als § 274a Abs. 4 Satz 2 eingefügt.
- § 274c Abs. 1 (neu) wird gestrichen
- § 274c Abs. 3 (neu) Satz 2 wird gestrichen.

**Begründung:**

Der/die "Beauftragte zur Bekämpfung von Korruption" sollte gerade nicht nur zur Bekämpfung von Korruptionsdelikten tätig werden, da diese nur Amtsträger und damit Straftaten angestellter Krankenhausärzte betreffen. Vielmehr sollten dem Korruptionsbeauftragten Handlungsspielräume bei der Bekämpfung sämtlicher Auffälligkeiten, insbesondere auch im ambulanten Bereich sowie in Zusammenhang mit sonstigen Leistungserbringern, zur Verfügung stehen.

Um den Beauftragten bei auftauchenden Verdachtsmomenten frühzeitig einzubinden, muss für ihn die Möglichkeit bestehen, nicht nur bei konkreten Verdachtsfällen, sondern bereits im Vorfeld insbesondere von KVen und Krankenkassen zu erfahren, welches die Prüfungsschwerpunkte bzw. bearbeiteten Themen sind. Aus gleichem Grund sollte der Beauftragte nicht ehrenamtlich, sondern im Rahmen einer Vollzeitanzstellung die Stelle des Beauftragten ausfüllen. Nur so ist gewährleistet, dass der Beauftragte inhaltlich bestmöglich eingebunden ist und er seiner Personalverantwortung gegenüber dem vom BMGS zur Verfügung zu stellenden Personal ausreichend nachkommen kann.

## **§ 290 Krankenversichertennummer**

Diese Regelung ist eine Konsequenz aus der Diskussion zum Transparenzgesetz. Das Transparenzgesetz sah u.a. eine Zusammenführung sämtlicher Versichertendaten in pseudonymisierter Form in einem Datenpool vor. In diesem Datenpool sollte die Möglichkeit bestehen, pseudonymisierte Versichertenkonten über einen längeren Zeitraum zu untersuchen. Damit auch Kassenwechsler eindeutig einem Konto zugeordnet werden können, bedarf es einer kassenartenübergreifenden eindeutigen Krankenversicherten(KV)-Nummer. In der Konsequenz bedeutet dies den Austausch sämtlicher Versichertenkarten, Softwareänderungen bei Krankenkassen und Leistungserbringern sowie Hardwarekosten (Lesegeräte).

Viele der Aktivitäten, die zu mehr Transparenz führen sollen, sind nur durchführbar, wenn das Behandlungsgeschehen einzelner vollständig sektoren- und periodenübergreifend in einen Datenpool eingestellt wird. Dabei geht es nicht darum, Einzelfälle zu betrachten, sondern Auswertungen durchführen zu können, die auf der Basis von vollständig zusammengeführten Einzelfällen beruhen. Insofern kann der Regelung grundsätzlich zugestimmt werden.

In der Begründung zu § 290 wird u.a. ausgeführt, dass die Änderung der KV-Nummer auf der Krankenversichertenkarte sukzessive mit dem sowieso stattfindenden Austausch von Karten einhergehen kann und somit keine zusätzlichen Kosten entstehen. Dies ist theoretisch richtig, bedeutet aber, dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer für eine Übergangszeit in der Lage sein müssen, mit verschiedenen Nummernstrukturen umzugehen. Dieses macht entsprechende Softwareänderungen und wahrscheinlich auch administrative Aufwendungen erforderlich. Insofern werden auch bei einem sukzessiven Austausch der Karten zusätzliche Kosten entstehen.

Es ist richtig, dass der Aufbau und das Verfahren zur Vergabe der "neuen" KV-Nummer einheitlich unter den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt werden muss. Allerdings ist der avisierte Termin 30.06.2004 zu eng gesetzt. Derzeit ist es so, dass jede Kassenart die Struktur und Vergabe ihrer KV-Nummer selbst bestimmt und die entsprechenden Softwarelösungen darauf auch ausgerichtet sind. Jede Änderung dieser Struktur führt zwangsläufig zu erheblichen Softwareänderungen, da die KV-Nummer als das identifizierende Merkmal sich durch alle Anwendungen hindurchzieht. Jede Kassenart wird in den Verhandlungen zur Erstellung der Richtlinien bemüht sein, möglichst wenig Änderungen auf die eigene Software durchschlagen zu lassen.

## § 291 Krankenversichertenkarte

Ein Lichtbild auf der KV-Karte führt zu hohen administrativen und technischen Kosten. Zunächst müssen digitale Bilder hergestellt werden, die auf eine Karte aufgebracht werden können. In diesem Zusammenhang stellt sich bereits die Frage, wer diese Bilder erstellt. Muss dies durch die jeweilige Krankenkasse (Regionaldirektion, Geschäftsstelle) erfolgen? In diesem Fall muss die bildermachende Stelle technisch entsprechend ausgestattet sein. Der Versicherte muss die Geschäftsstelle aufsuchen, um sich fotografieren zu lassen. Ist der Versicherte für das Einreichen digitaler Fotos zuständig, müssen Eingang und Qualität durch die Krankenkasse überwacht werden. Beide Verfahren dürften insbesondere für kranke und/oder alte Menschen eine zusätzliche Belastung bedeuten. Für die Krankenkassen bedeutet dies einen Anstieg der Verwaltungsausgaben. Der Nutzen (Eindämmen von Kartenmissbrauch) im Vergleich zu den Kosten scheint mehr als fraglich. Hinzu kommt, dass das Lichtbild vermutlich so klein wird, dass es für eine Identifizierung nicht ausreicht. Alternativ wäre zur Verhinderung von Kartenmissbrauch auch die Vorlage des Personalausweises denkbar.

Die Erweiterung des Versichertenstatusfeldes für Teilnehmer an Hausarztmodellen, kann je nach Ausprägung die Speicherkapazität der jetzigen Karte übersteigen. Darüber hinaus sind alle Verträge zum Datenaustausch entsprechend zu überarbeiten und die Software bei Krankenkassen und Leistungserbringern ist entsprechend anzupassen.

Die Kennzeichnung des Zuzahlungsstatus (Härtefallregelungen) wird in der jetzigen Form abgelehnt. Die hier vorgeschlagene Regelung führt dazu, dass der Versicherte bei der Krankenkasse vorstellig werden muss, wenn sich sein Zuzahlungsstatus ändert. Dieses wird er sicherlich immer dann tun, wenn er von der Zuzahlung befreit werden kann. Wenn der Befreiungstatbestand entfällt, wird die Krankenkasse dafür sorgen müssen, dass der Versicherte den Karteneintrag ändern lässt. Dieses dürfte mit einem erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden sein (Anschreiben, Mahnen, Rückforderungen, Vollstreckung etc.). Im Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen wurde im Zusammenhang mit dem elektronischem Rezept die Vorstellung entwickelt, dass der Arzt beim Einlesen der Versichertenkarte von der zuständigen Krankenkasse eine Information über Versicherungsstatus, Zuzahlungsstatus etc. erhält. Diese Informationen wären immer aktueller als Informationen auf einer Karte.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird davon ausgegangen, dass die Erweiterung der KV-Karte um die neuen Felder sukzessive erfolgen kann und somit keine zusätzlichen Kosten entstehen. Aus den unter Artikel 1 Nr. 142 § 290 Abs. 2 genannten Gründen ist die Aussage falsch. Hinzu kommt, dass die jetzige KV-Karte nicht geeignet ist, veränderliche Informationen (Zuzahlungsstatus) aufzunehmen. Dieses bedingt somit eine neue Kartentechnik. Bei einem sukzessiven Kartenaustausch wären die Krankenkassen und die Leistungserbringer also gezwungen, nicht nur unterschiedliche Strukturen (z.B. verschiedene Satztlängen und Schlüssel für identische Informationen) vorhalten zu müssen, sondern auch noch unterschiedliche Techniken (Speicherchipkarte und Prozessorchipkarte) bedienen zu können. Dieses ist entgegen der Behauptung in der allgemeinen Begründung nicht kostenneutral durchzuführen.

In der Fachdiskussion werden Beträge zwischen 5-10 Euro pro neuer KV-Karte genannt. Damit könnten auf die GKV Kosten bis zu 700 Mio. Euro zukommen.

Die Formulierung in Abs. 2a vorgesehene Formulierung "... erweitert die Krankenversichertenkarte..." suggeriert, dass die bisherige Krankenversichertenkarte erweitert werden muss, um zu einer elektronischen Gesundheitskarte zu gelangen. Dieses ist nicht so. Vielmehr wird mit der elektronischen Gesundheitskarte ein grundlegender Technikwechsel vorgenommen, der entsprechende Kosten verursachen wird. Das Ansinnen des Gesetzgebers wird in der folgenden Formulierung deutlicher.

Die Änderung in § 291 Abs. 4 führt verschärft die bisherige Formulierung. Die KV-Karte ist zukünftig durch die bisherige Krankenkasse bei einem Kassenwechsel ihres Versicherten einzuziehen. Die Verantwortlichkeit wechselt hier vom Versicherten (bisher musste der Versicherte die KV-Karte der Krankenkasse aushändigen) auf die Krankenkasse. Diese Formulierung übersieht völlig, dass die bisherige Krankenkasse gegenüber ihrem (bisherigen) Versicherten keinerlei Sanktionsmöglichkeiten besitzt. Sie wird zu einem aktiven Handeln verpflichtet, das sie nur schwer erfüllen kann. Mit entsprechendem Verwaltungsaufwand ist zu rechnen.

#### **Änderungsvorschläge:**

- § 291 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt geändert: Die Worte "und einem Lichtbild des Versicherten" wird gestrichen.
- § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 wird gestrichen.
- Abs. 2a Satz 1 und 2 werden wie folgt gefasst:  
"Die Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 1 wird zum 1. Januar 2006 zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung durch die elektronische Gesundheitskarte ersetzt. Diese wird um die Funktionen nach Abs. 2 und 3 erweitert."
- Beibehaltung der bisher gültigen Regelung.  
Alternativ: Ergänzung des Abs. 4 um einen Satz 2  
"Sollte der Versicherte trotz Aufforderung durch die bisherige Krankenkasse die Krankenversichertenkarte nicht zurückgeben, haftet er für alle Aufwände, die der bisherigen Krankenkasse nach seinem Ausscheiden durch diese Krankenversichertenkarte noch entstehen."

#### **Begründung:**

- Das Vorsehen eines Lichtbildes auf der KV-Karte ist mit einem hohen Aufwänden für die Versicherten sowie mit hohen Verwaltungsausgaben für die Krankenkassen verbunden. Alternativ könnte das Vorzeigen des Personalausweises der Versicherten in Arztpraxen Kartenmissbrauch vorbeugen.
- Die vorgesehene Regelung bzgl. des Zuzahlungsstatus auf der Karte ist nicht praktikabel und sollte daher entfallen.
- Die Regelungen in Abs. 2a Satz 1 und 2 dienen der Klarstellung.
- Die vorgesehene Regelung zum Einzug der KV-Karte bei Kassenwechsel ist nicht wirksam. Sie sollte daher entfallen oder ergänzt werden.

**§ 291a**  
**Elektronische Gesundheitskarte**

Zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung soll zum 01.01.2006 eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden. Die Formulierungen in Abs. 2 und in Abs. 2 Nr. 1 führen dazu, dass die Gesundheitskarte auch ärztliche Verordnungen speichern können muss (z.B. das elektronische Rezept). Diese Funktionalität konterkariert die Überlegungen zum elektronischen Rezept als Serverlösung, die von den Selbstverwaltungsorganisationen (außer der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) eindeutig präferiert wird. Durch diese Formulierung verlässt das BMGS die Vereinbarungen der Gemeinsamen Erklärung vom 3. Mai 2002. Dort wurde vereinbart, dass die Gesundheitskarte den europäischen Notfalldatensatz des Patienten, seine persönliche Identifikation/Authentifizierung sowie Verweisfunktionen u.a. auf die Arzneimitteldokumentation und das elektronische Zuzahlungsmanagement enthalten soll. Eine Speicherung von Rezept- oder sonstigen medizinischen Daten auf der Gesundheitskarte wurde mehrheitlich von den Unterzeichnern der Erklärung abgelehnt. Diese Formulierung ist deshalb abzulehnen.

Ein weiteres Anwendungsfeld soll sich auf die Unterstützung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von medizinischen Versichertendaten beziehen. Dazu muss jedoch der Versicherte seine Einwilligung erteilen. Es bleibt also der Entscheidung des Versicherten überlassen, ob Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz seiner Behandlung verbessert werden können. Der Versicherte kann jederzeit seine Einwilligung zurückziehen oder auf bestimmte Bereiche beschränken. Eine Erreichung der o.g. Ziele ist auf dieser Basis aber nicht zu erzielen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welchen Nutzen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung die elektronische Gesundheitskarte bringt, zumal die GKV diese Karte als Krankenversicherten(KV)-Karte finanzieren muss. Ein Ausschluss von Risiken und Nebenwirkungen durch z.B. den Arzt ist nicht möglich, weil er sich auf die Informationsqualität nicht verlassen kann. Diesen Zustand besteht bereits heute schon, dafür braucht es keine neuen Verfahren.

Der Ersatz des "Auslandskrankenscheines" über die KV-Karte ist mit der bisherigen KV-Karte nicht möglich, aber auch bislang nicht erforderlich. Es gibt bereits andere Verfahren (über Internet), wie die Versicherten im Ausland einen "Auslandskrankenschein" auch ohne KV-Karte erhalten können. Der "Auslandskrankenschein" auf der Karte setzt voraus, dass ausländische Ärzte oder Institutionen des ausländischen Gesundheitswesens Kartenlesegeräte haben. Dieses ist aber häufig noch nicht der Fall.

Der Europäische Rat hat 2002 in Barcelona beschlossen, eine Europäische KV-Karte einzuführen. In Deutschland muss aus wirtschaftlichen Erwägungen darauf geachtet werden, dass die europäische KV-Karte mit der Einführung der Gesundheitskarte kompatibel verläuft, damit nicht noch mehrere neue Karten ausgegeben werden müssen; auch dann, wenn die Europäische Kommission auf eine frühere Einführung drängt.

Die Formulierung in Abs. 4 sollen den Schutz für den Versicherten vor Missbrauch seiner Daten erhöhen. Dass dazu die letzten fünfzig Zugriffe gespeichert sein müssen, erscheint willkürlich gewählt und erschließt sich auch nicht aus der Begründung. Ggf. sind mit der Anzahl der Zugriffsspeicherungen auf der Karte technische Restriktionen verbunden.

Insofern sollte die Zahl der letzten Zugriffe auf die technischen Möglichkeiten ausgerichtet werden.

### **Änderungsvorschlag:**

Artikel 1 Nr. 144 § 291a ist wie folgt zu ändern:

- Abs. 2 Satz 1:
  - Die Wörter "muss geeignet sein, Angaben aufzunehmen für" sind durch die Wörter "folgende Anwendungen zu ermöglichen:" zu ersetzen.
  - Der erste Aufzählungspunkt ist zu streichen und durch folgenden Text zu ersetzen:
    1. Erstellung, Verarbeitung einschließlich der Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form (elektronisches Rezept).
- In Abs. 3 sind die Sätze 3 – 5 zu streichen.
- In Abs. 4 Satz 3 ist hinter dem Wort "werden" der Punkt durch ein Komma zu ersetzen und die Wörter "soweit dem keine technischen Restriktionen entgegenstehen" einzufügen.

### **Begründung:**

- Es ist sicher zu stellen, dass die Gesundheitskarte als Instrument bestimmte Anwendungen ermöglicht, ohne gleichzeitig Speichermedium für medizinische Daten zu sein.
- Um die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Versorgung durch die Gesundheitskarte sicher zu stellen ist die Bindung an die Einwilligung des Versicherten aufzuheben.
- Da mit der Anzahl der Zugriffsspeicherungen auf der Karte ggf. technische Restriktionen verbunden sind, sollte die Zahl der letzten Zugriffe auf die technischen Möglichkeiten der Gesundheitskarte ausgerichtet werden.

**§ 303a**  
**Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz**

Die in § 303b vorgesehene Bildung eines Beirates ist nicht erforderlich. Die Sicherstellung der Interessen der Organisationen, die nicht an der Arbeitsgemeinschaft beteiligt sind, lässt sich auch über den § 303a Abs. 3 regeln.

**Änderungsvorschlag:**

- Streichung von § 303b.
- In § 303e Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter "im Benehmen mit dem Beirat" gestrichen.

**Begründung:**

Zur Sicherung der Interessen von Organisationen, die nicht an der Arbeitsgemeinschaft beteiligt sind, bedarf es nicht noch der Einrichtung eines weiteren Gremiums, welches von seiner Zusammensetzung wesentlich breiter angelegt ist als die Arbeitsgemeinschaft.



**§ 304**  
**Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen und**  
**Kassenärztlichen Vereinigungen**

Die Änderung in § 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V führt zu unterschiedlichen Aufbewahrungsfristen für die Daten zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) und Risikopools (6 Jahre) sowie für Daten der Leistungserbringer (4 Jahre). Nach den Vorschriften der RSA-Verordnungen (§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV) sind die Krankenkassen zu einer längeren Aufbewahrung der Daten verpflichtet, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist.

**Änderungsvorschlag:**

§ 304 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird um folgenden Satz ergänzt:

"Das Bundesversicherungsamt kann für eine Krankenkasse im Einzelfall eine längere Aufbewahrungsfrist für die Daten zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools bestimmen."

**Begründung:**

Aufgrund der Bestimmungen in den RSA-Verordnungen sollte für Einzelfälle eine längeren Aufbewahrungsfrist ermöglicht werden.

Artikel 3  
Nr. 4

**§35a SGB IV**  
**Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen**

Die Regelung bezieht sich auf die Verpflichtung, die jährlichen Vergütungen der Vorstandsmitglieder einschließlich der Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen regelmäßig im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Vorschrift wird mit dem Interesse der Öffentlichkeit und der Beitragszahler nach Transparenz über die Verwendung der Beitragsmittel begründet.

Die berechtigten Interessen der Beitragszahler an einer korrekten Verwendung ihrer Beitragsmittel – und damit auch der Angemessenheit der den Verwaltungskosten zuzurechnenden Vorstandsvergütungen – wird derzeit durch die Aufsichten regelmäßig überprüft. Sollten diese Beanstandungen haben, stehen ihnen hinreichende Instrumente zur Verfügung, dem abzuwehren.

**Änderungsvorschlag:**

Streichen von Artikel 3 Nr. 4 § 35a SGB IV.

**Begründung:**

Die bisherigen gesetzlichen Regelungen sind ausreichend.

Artikel 5a  
Nr. 1 und 2

### **Änderung der Reichsversicherungsordnung**

Das Entbindungsgeld wird aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen.

Der IKK-Bundesverband befürwortet zwar die Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen, spricht sich jedoch dafür aus, diese Leistungen in eine Steuerfinanzierung zu überführen. Daher wird die vorgesehene Streichung des Entbindungsgeldes aus dem GKV-Leistungskatalog abgelehnt.

#### **Änderungsvorschlag:**

Streichung von Artikel 5a Nr. 1 und 2.

#### **Begründung:**

s.o.

**§ 16**

Eine gesetzlich vorgeschriebene Untergrenze von 75 v.H. des allgemeinen Versorgungsgrades wird als unausweichliche Grenze abgelehnt. Eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) zur Bedarfsplanung bzw. zur Fragestellung, ob ein Ärztemangel droht, zeigt, dass die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort zwingend zu berücksichtigen sind. Die Festlegung einer pauschalen Untergrenze wird voraussichtlich dazu führen, dass die spezifischen Besonderheiten vor Ort nicht beachtet werden. Die Änderung hätte zur Folge, dass gewissermaßen ungeprüft, lediglich bei Unterschreiten einer Grenze, neue Ärzte (und seien es auch "nur" Haus-, Augen- oder Frauenärzte) ins (ggf. verbliebene) Kollektivvertragssystem kommen. Die Krankenkassen würden in der Folge mit finanziellen Forderungen der Ärzteschaft konfrontiert. Hier ist Augenmaß gefordert. Die Regelung ist insofern nicht akzeptabel. Die derzeitigen Regelungen (auch in den Bedarfsplanungsrichtlinien) lassen die Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten zu und sind ausreichend.

**Änderungsbedarf:**

Artikel 9 Nr. 1 § 16 wird gestrichen.

**Begründung:**

Die bisherige Regelung ist ausreichend und sollte daher beibehalten werden.

**§ 11a**

Es handelt sich um Folgeänderungen, die sich aus der vom IKK-System befürworteten Ermöglichung des Versandhandels durch die Änderung im Arzneimittelgesetz ergeben. Kritisch ist zu bewerten, dass unter 2. b) dem liefernden Logistikunternehmen weitgehende Freiheiten eingeräumt werden, zu entscheiden, welcher Person die Lieferung möglicherweise ausgehändigt wird. Dies ist unter Qualitätsaspekten bedenklich.

**Änderungsvorschlag:**

In § 11 a Ziffer 2. b) werden die Wörter "oder die freie Entscheidung des Logistikunternehmens" gestrichen.

**Begründung:**

Aus Qualitätsgründen ist eine Auslieferung des Arzneimittels auf die vom Auftraggeber benannten Personen zu beschränken.

### § 3

Der vorgesehenen Regelung kann aus Gründen der Abschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelvertrieb zugestimmt werden. Grundsätzlich ist das Modell einer preisunabhängigen Vergütung durch einen Fixzuschlag der tatsächlichen Apothekerleistung angemessener als die bisherige Struktur der Arzneimittelpreisverordnung (AmPreisV).

Eine Neuregelung der AmPreisV ist nur unter den Voraussetzungen akzeptabel, dass eine für die GKV neutrale Umstellung unter Wahrung der Einsparungen des BSSichG erfolgt. Die Apotheker selbst hatten einen Fixzuschlag von 8,55 Euro + 3 Prozent gefordert. Aber auch der jetzt vorgesehene Fixzuschlag von 7,30 Euro + 3 Prozent ist noch zu hoch: Das den Berechnungen zugrundeliegende Mengengerüst (die Anzahl der verordneten Arzneimittelpackungen) ist auf Grund z.B. fehlender Nullrezepte und Stückelung von Verordnungen wahrscheinlich erheblich unterschätzt.

Zum jetzigen Zeitpunkt liegen die Schätzungen der ABDA und des Großhandels einerseits und der GKV/WIdO andererseits über das relevante Packungsgrößenvolumen deutlich auseinander. Deshalb sollte vor einer Festlegung eines konkreten Festzuschlages unter den Beteiligten Einvernehmen über die Datenausgangsbasis erzielt werden. Wenn dies nicht gelingt, ist die Neuregelung abzulehnen, da die Gefahr besteht, dass der Fixzuschlag überhöht ist.

Die Neuregelung wird in der jetzt vorgeschlagenen Form abgelehnt.

#### **Änderungsvorschlag:**

Mit Blick auf die Unwägbarkeiten des Leistungsrahmens durch das GMG (leistungsrechtliche Ausschlüsse, Ausnahmeregelungen für leistungsrechtliche Ausschlüsse) wäre es am zuverlässigsten, die Effekte eines GMG erst einmal abzuwarten und eine Umstellung der Apothekenvergütung auf einen Fixzuschlag erst zu einem späteren Zeitpunkt vorzunehmen. Bis dahin sollte alternativ

- die in der ersten Entwurfsfassung des GMG vorgesehene Absenkung der bisherigen Aufschlagssätze greifen oder
- übergangsweise die geltenden Regelungen des BSSichG beibehalten werden.

#### **Begründung:**

Mit Blick auf die Unwägbarkeiten des Leistungsrahmens durch das GMG sollten die Effekte des GMG erst einmal abgewartet und eine Umstellung der Apothekenvergütung auf einen Fixzuschlag erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen werden.

Artikel 18 Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

Nr. 1

Die Norm sieht vor, dass das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) künftig dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin (DZQM), den Bundesausschüssen sowie dem Ausschuss Krankenhaus Unterstützung hinsichtlich der Erteilung von Forschungsaufträgen leisten soll. Dabei sind die Aufträge des DZQM vorrangig zu behandeln.

Es handelt sich hierbei um eine Folgeregelung der Einrichtung eines DZQM, die in der vorgesehenen Form abgelehnt wird; vgl. hierzu Artikel 1 Nr. 91 §§ 139a-f.

### **III. Ergänzender Teil**

Nicht alle Regelungsbereiche sind nach Auffassung der Innungskrankenkassen im GMG-Entwurf hinreichend berücksichtigt worden. Zu folgenden Normen wird Änderungsbedarf gesehen:



## **Ergänzungsvorschlag**

### **§ 25 SGB V Gesundheitsuntersuchungen**

§ 25 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Nach Ziffer 3. wird folgende Ziffer aufgenommen: „4. der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen der Untersuchung nachgewiesen ist,“. Die bisherige Ziffer 4. wird Ziffer 5.

#### **Begründung:**

Die Diskussionen um den Nutzen und die Einführung eines Mammographie-Screenings in Deutschland im letzten Jahr sowie die gerade beginnende Diskussion um die von manchen propagierte Einführung eines PSA-Screenings zur Früherkennung von Prostatakrebs zeigen, wie schwierig und komplex der Entscheidungsprozess hinsichtlich der Einführung von Früherkennungsmaßnahmen ist. Gleichzeitig verdeutlichen diese Diskussionen aber auch, wie weitreichend solche Entscheidungen hinsichtlich des potentiellen bevölkerungsbezogenen Nutzens, aber auch des möglichen Schadens sind. Daher ist es umso wichtiger, international verbreitete und anerkannte Kriterien zur Verfügung zu haben, die eine objektive, bevölkerungsbezogene Beurteilung der Chancen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen ermöglichen.

Eines der zentralen Kriterien ist dabei die Frage nach dem medizinischen und bevölkerungsbezogenen Nutzen der Anwendung einer Früherkennungsmaßnahme. Dieses Kriterium ist jedoch bisher nicht in § 25 Abs. 3 SGB V erwähnt und lässt sich auch nicht aus den bisher dort verankerten Kriterien (wirksame Therapie, eindeutige Erfassung des Vor- oder Frühstadiums, genügend Ärzte/Einrichtungen zur Therapie vorhanden), die bisher als erforderlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gelten, ableiten. Um eine objektive und sachliche Diskussion zu ermöglichen und die Arbeit der Entscheidungsorgane der Selbstverwaltung zu erleichtern, aber auch um hier eine entscheidende Lücke in der Argumentationskette zu schließen, sollte § 25 Abs. 3 SGB V entsprechend ergänzt werden.

## **Ergänzungsvorschlag**

### **§ 124 SGB V Zulassung**

Streichung von § 124 SGB V

#### **Begründung:**

Das Zulassungsverfahren im Heilmittelbereich entwickelt keine marktsteuernde Wirkung. Die Pflichten des Leistungserbringers bei der Abgabe von Heilmitteln könnte auch in Verträgen geregelt werden. Dabei ist neben der Qualität und dem Umfang der Leistung insbesondere auch der Preis zu regeln. Somit hat die Zulassung rein deklaratorischen Charakter. Die Wirtschaftlichkeit wird im Rahmen des Zulassungsverfahrens nicht geprüft. Dennoch wird die Zulassung derzeit zum Teil missverstanden, d.h. ohne weitere Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder der Notwendigkeit der Versorgung ist der Heilmittel-Leistungserbringer unmittelbar zur Abgabe eines Heilmittels zu Lasten der GKV berechtigt.

Es ist zu prüfen, ob für die jetzt zugelassenen Leistungserbringer in einer Übergangsregelung Besonderheiten festzulegen sind.

## **Ergänzungsvorschlag**

### **§ 126 SGB V Zulassung**

Streichung von § 126 SGB V

#### **Begründung:**

Das Zulassungsverfahren im Hilfsmittelbereich entwickelt keine marktsteuernde Wirkung. Die Qualität der Produkte wird im Rahmen der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis geprüft. Die Pflichten des Leistungserbringers bei der Abgabe des Produktes kann auch in Verträgen geregelt werden. Dabei ist neben der Qualität und dem Umfang der Leistung insbesondere auch der Preis zu regeln. Somit hat die Zulassung rein deklaratorischen Charakter. Die Preiswürdigkeit wird im Rahmen des Zulassungsverfahrens nicht abgeprüft. Dennoch wird die Zulassung derzeit missverstanden, d.h. ohne weitere Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder der Notwendigkeit der Versorgung ist der Hilfsmittel-Leistungserbringer unmittelbar zur Lieferung eines Hilfsmittels zu Lasten der GKV berechtigt.

Das Zulassungsverfahren im Hilfsmittelbereich ist entbehrlich. Die in den Zulassungsvorschriften und -empfehlungen verankerten Qualitätskriterien für Leistungserbringer können in das Hilfsmittelverzeichnis übernommen werden. Damit wird die Qualität der Produkte gesichert und die Anforderungen an die Leistungserbringer – auch hinsichtlich ihrer qualitativen Voraussetzungen – definiert. Bei den einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses kann dann dezidiert festgelegt werden, welche Voraussetzungen die Leistungserbringer zu erfüllen haben, um die entsprechenden Hilfsmittelversorgungen vornehmen zu können. Die jeweiligen Qualitätskriterien haben die Krankenkassen in den Verträgen mit den Leistungserbringern zu verankern. Dadurch werden sie für den Hilfsmittel-Leistungserbringer, mit dem der Vertrag geschlossen wird, verbindlich.

Es ist zu prüfen, ob für die jetzt zugelassenen Leistungserbringer in einer Übergangsregelung Besonderheiten festzulegen sind.

## Ergänzungsvorschlag

### § 128 Hilfsmittelverzeichnis

§ 128 Satz 2 ist wie folgt zu ersetzen:

„Nur die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produkte fallen in die Leistungspflicht.“

#### **Begründung:**

Nach geltendem Recht haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V. Diese Vorschrift enthält keinen Hinweis auf das Hilfsmittelverzeichnis gemäß § 128 SGB V. Gesetzlich ist nicht klar geregelt, dass sich der Anspruch nur auf die Hilfsmittel beschränkt, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, obwohl andere Hilfsmittel dem Grunde nach durch einen Arzt nicht verordnungsfähig sind.

Zwar ist durch das Hilfsmittelverzeichnis eine erhebliche Steigerung der Markttransparenz eingetreten. Auch die Schaffung der integrierten Qualitätsstandards hat erheblich zur Qualitätsverbesserung in der Hilfsmittelversorgung beigetragen. Dem Hilfsmittelverzeichnis fehlt jedoch bisher die normative Verbindung mit dem grundsätzlich offen gestalteten Leistungsanspruch nach § 33 SGB V. Dies hat auch die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts manifestiert. Danach hat das Hilfsmittelverzeichnis lediglich den Charakter einer unverbindlichen Auslegungshilfe. Unabhängig von der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis müssen die Krankenkassen in jedem Einzelfall eine Entscheidung über die Kostenübernahme nach medizinischen, qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten treffen.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen nach § 33 Abs. 1 SGB V ist dahingehend zu ändern, dass der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln nur die Produkte umfasst, die in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgenommen wurden. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass das Hilfsmittelverzeichnis auf dem neuesten Stand fortgeschrieben und bereinigt wird. Dies dient der Qualität wie auch der Wirtschaftlichkeit in der Hilfsmittelversorgung.

## **Ergänzungsvorschlag**

### **§ 139 SGB V Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln**

§ 139 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz angefügt:

"Die Spitzenverbände der Krankenkassen können von den Herstellern für jeden Antrag auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis eine angemessene Gebühr verlangen."

#### **Begründung:**

Das Verfahren zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis ist sehr aufwändig, insbesondere durch die Einführung des formalen Verwaltungsaktverfahrens aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen entstehen erhebliche Verwaltungskosten durch den erhöhten Einsatz von Personal und Sachmitteln.

Wie oben schon erwähnt, steigen die Verwaltungskosten durch den enormen Arbeitsaufwand im Rahmen der Antragsverfahren. Hiervon profitieren letztendlich die Hersteller, die erhebliche finanzielle Vorteile haben, wenn ihre Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden.

Darüber hinaus sprechen weitere Gründe für die Einführung einer Gebühr. Nach den Feststellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nimmt die Zahl der Anträge auf Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis zu, in denen von vornherein feststeht, dass sie keine Hilfsmittel sind bzw. die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Dennoch müssen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen des Verwaltungsaktverfahrens intensiv mit solchen Anträgen beschäftigen. Vor einer endgültigen Bescheidung werden die Antragsteller im Rahmen einer Anhörung darum gebeten, fehlende Unterlagen etc. nachzureichen. Zunehmend ist festzustellen, dass dann die Anträge mit der Begründung wieder zurückgezogen werden, dass die Bedingungen nicht erfüllt werden können.

Um solche Anträge zu vermeiden, könnte eine Gebühr hilfreich sein. Dies führt zur Arbeitsentlastung und zu mehr Disziplin bei der Antragstellung. D.h. die Hersteller werden nur dann Anträge stellen, wenn sie sich selbst davon überzeugt haben, dass eine positive Bescheidung zu erwarten ist.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Einführung einer Gebühr gerechtfertigt.

## **Ergänzungsvorschlag infolge von Artikel 1 Nr. 129**

Sollte es zu einer Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung kommen, sollte das Krankengeld künftig vollständig bundesweit über alle Krankenkassen hinweg ausgeglichen werden (bundesweiter Krankengeldpool).

Hierzu sind Änderungen in den Normen §§ 266 und 267 SGB V notwendig.

### **§ 266 SGB V Risikostrukturausgleich**

#### **Änderungsvorschlag:**

In § 266 Absatz 2 Satz 2 werden hinter dem Wort "Leistungsausgaben" folgenden Wörter angefügt: "für die Ausgaben ohne Krankengeld zuzüglich der Summe der geleisteten Krankengeldausgaben einschließlich der von der Krankenkasse zu tragenden Beiträge zur Renten-/Arbeitslosen- und Pflegeversicherung."

In § 266 Absatz 4 Satz 1 werden hinter dem Wort "Leistungsausgaben" folgende Wörter eingefügt: "und der Krankengeldausgaben"

#### **Begründung:**

Mit dieser Ergänzung wird das Krankengeld über den Risikostrukturausgleich (RSA) in voller Höhe ausgeglichen. Eine Bildung von standardisierten Krankengeldausgaben erfolgt nicht mehr. Für die übrigen Ausgabenbereiche bleibt die Standardisierung erhalten.

Diese Änderung ist eine Folge aus der Aufgabe der paritätischen Krankengeldfinanzierung. Heute sind branchenspezifische Risiken (z.B. körperliche Arbeit) oder damit verbundene spezifische Erkrankungen (z.B. Muskel und Skeletterkrankungen, Atemwegserkrankungen), die gehäuft zur Arbeitsunfähigkeit führen, kein Kriterium für die Bedarfszuweisung im Risikostrukturausgleich. In der Folge tragen insbesondere Krankenkassen, die primär in den genannten Branchen- oder Berufsgruppen tätig sind, ein deutlich höheres Krankengeldrisiko. Mit dieser Änderung wird eine gleichmäßige Entlastung aller Arbeitgeber sichergestellt. Zudem wird eine vollständig solidarische Finanzierung des Krankengeldes von allen Arbeitnehmer gewährleistet. D.h. der Krankengeldanteil im allgemeinen Beitragssatz wäre für jeden Arbeitnehmer gleich hoch, unabhängig in welcher Branche oder Berufsgruppe dieser tätig ist oder bei welcher Krankenkasse er oder sie versichert ist. Die heutige Gerechtigkeitslücke zu Lasten insbesondere Branchen und Berufsgruppen im produzierende Gewerbe, in denen verstärkt körperliche Arbeit gefordert ist, wird geschlossen.

Die derzeitigen Anreize zur Leistungsteuerung bleiben bestehen. Sowohl Krankenkassen als auch Arbeitgeber werden weiterhin ein Interesse an möglichst kurzen Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankengeldbezugszeiten behalten. Der Arbeitgeber wird auf geringe Ausfallzeiten seiner Mitarbeiter hinwirken, was die Krankenkasse durch die heutige Praxis gezielter Begutachtungen beim medizinischen Dienst unterstützt. Andere Steuerungsansätze, die gezielt bei der zugrunde liegenden Erkrankung (integrierte Versorgung, DMP) ansetzen, bleiben unberührt. Gleiches gilt für die heute gesetzten Wirtschaftlichkeitsanreize. Die Krankenkasse muss mit Blick auf den Beitragssatz weiterhin eine Reduzierung der

Ausgaben anstreben. Ein Mechanismus, der angesichts gesetzlich fixierter Leistungshöhe bei Krankengeld ohnehin nur bedingt für dieses Leistungssegment in Frage kommt.

## **§ 267 SGB V Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich**

### **Änderungsvorschlag:**

§ 267 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- In Satz 1 werden die Wörter "Mitgliedergruppen und" gestrichen.
- Satz 2 wird gestrichen. Satz 3 zu Satz 2.
- In Satz 2 (neu) werden hinter den Wörtern "Satz 1" die Wörter "als eine gemeinsame weitere Mitgliedergruppe" gestrichen.

In § 267 Absatz 3 Satz 1 werden hinter den Wörtern "genannten Leistungsausgaben" die Wörter "ohne Krankengeld" eingefügt und die Wörter "und die Krankengeldtage auch" gestrichen. Vor dem ersten Semikolon werden die Wörter "die Krankengeldausgaben nach § 44 und die Krankengeldtage zusätzlich gegliedert nach den in den §§ 241 bis 243 genannten Mitgliedergruppen" gestrichen.

### **Begründung:**

Es handelt sich um Folgeänderungen aus der Anpassung des § 266 SGB V. Mit dem vollständigen Ausgleich der Krankengeldausgaben kann die gesonderte Datenerhebung von nach Alter und Geschlecht und Mitgliedergruppe differenzierten Krankengeldausgaben entfallen. Die Meldung dieser Beträge über die Jahresrechnung reicht hierzu aus. Der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen wird über den Wegfall einer vollständigen RSA-Datenmeldung deutlich reduziert. Das Berechnungsverfahren der standardisierten Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) beim Bundesversicherungsamt wird erheblich vereinfacht. Heutige Unschärfen bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben durch die Berücksichtigung von rückwirkenden Krankengelderstattungen werden beseitigt.