

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit und
Soziale Sicherung
– Der Vorsitzende –
Platz der Republik 1

11011 Berlin

(0221) 3 76 62 – 0

(0221) 3 76 62 – 30

annabritta.biederbick@pkv.de

www.pkv.de

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG), BT-Drs. 15/1170**

20. Juni 2003
801/6/18 Bi/au

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(41)
vom 21.06.03

15. Wahlperiode**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum o.g. Gesetzesentwurf dürfen wir wie folgt Stellung nehmen:

Vorbemerkung

Die Gesundheitspolitik dieser Legislaturperiode ist mit den Ziel angetreten, mehr Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit zu schaffen. Während die PKV mit dem Kapitaldeckungssystem seit jeher dem Gebot der Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit entspricht, steht die gesetzliche Krankenversicherung vor der Situation, dass nachwachsende Generationen eine immer größer werdende Finanzierungslast für die höhere Inanspruchnahme durch die älteren Versicherten übernehmen müssen. Es entspricht dem Anspruch dieser Gesundheitsreform, hierfür Lösungen zu finden.

Der Gesetzentwurf zeigt jedoch, dass diesem Anspruch an keiner Stelle Rechnung getragen wird. Statt beispielsweise das Krankengeld in eine private kapitalgedeckte Versicherung zu überführen – wofür der PKV-Verband ein umfassendes Lösungskonzept vorgelegt hat -, bleibt es bei einer reinen GKV-Lösung im demographieabhängigen Umlagesystem.

Insoweit steht der Gesetzentwurf in der Tradition früherer Kostendämpfungsgesetze, ohne mit der Demographie eine der zentralen Herausforderungen unseres Gesundheitswesens aufzugreifen.

Das in der PKV etablierte System der Kapitaldeckung wird sogar noch geschwächt, indem wichtige Kostenbelange der PKV nicht aufgegriffen werden. Die PKV hält es für falsch, wenn ihr weder die gleichen Verhandlungszuständigkeiten wie den Krankenkassen eingeräumt werden noch die dringend erforderliche Reform der Gebührenordnung für ärztliche Leistung in diesem Gesetzentwurf aufgegriffen wird. Ebenso wenig vertretbar ist es, dass Maßnahmen zugunsten der GVK eingeleitet werden sollen, die Eingriffe in den Wettbewerb darstellen oder zu einer relativen Wettbewerbsbenachteiligung der PKV führen.

Die zentralen Forderungen der PKV lauten:

1. Die vorgesehene Kooperation zwischen PKV und GKV bei Zusatzversicherungen ist wettbewerbs- und kartellrechtlich abzulehnen.
2. Betriebskrankenkassen von PKV- oder Lebensversicherungsunternehmen müssen von den eigenen Arbeitnehmern anwählbar bleiben. Die jetzt vorgesehene Regelung verhindert das teilweise.
3. Schon aus verfassungsrechtlichen Gründen müssen PKV- und GKV-Versicherte bei der Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund gleichgestellt werden.
4. Aus Gründen der Arzneimittelsteuerung bedarf es dringend einer rechtlichen Verpflichtung der Apotheker, auch auf Privatrezepte die Pharmazentralnummer aufzutragen.
5. Die vorgesehene Begrenzung des Arbeitgeberzuschusses auf 47 Prozent ist nicht sachgemäß. Es reicht, den Höchstzuschuss auf 47 Prozent zu begrenzen. Ist der Höchstzuschuss nicht ausgeschöpft, bleibt es bei der bisherigen Regelung.
6. Wenn die Vertragskompetenz der GKV bis hin zur Einzelvertragskompetenz mit einzelnen Ärzten ausgeweitet wird, dann ist das ein zusätzliches Argument, dass auch die PKV Vertragskompetenzen mit den Leistungserbringern erwirbt, um relative Benachteiligungen im Wettbewerbsprozess zu vermeiden. Vertragskompetenzen sind letztendlich in allen Bereichen erforderlich.

1. Kooperation zwischen GKV und PKV

Durch die in Artikel 1 Nr. 118 (§ 194 SGB V) geregelte Vermittlung von privaten Zusatzkrankenversicherungen brechen die Krankenkassen in den funktionierenden Markt der privaten Versicherungsvermittlung ein. Die diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen stellen einen Verstoß gegen die in Artikel 12 GG garantierte Berufsfreiheit der Vermittler dar. Die Ausgliederung des Zahnersatzes für die nach dem 31.12.1978 gebore-

nen Versicherten aus dem Leistungskatalog der GKV durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 1.11.1996 hat gezeigt, dass die Versicherten auch ohne Vermittlung von Verträgen durch die Krankenkassen problemlos private Krankenversicherungen abschließen konnten. Auch könnte die Vermittlungstätigkeit von den Krankenkassen nicht in ihrer Eigenschaft als öffentlich-rechtliche Körperschaften ausgeübt werden. Sie müssten sich im Interesse der geltenden Wettbewerbsgleichheit vielmehr privat organisieren mit der Folge, dass sie Vorschriften, die für die Versicherungsvermittlung gelten, beachten müssen. Sie würden z.B. unter die EU-Versicherungsvermittlerrichtlinie fallen und verlieren als privater Geschäftsbetrieb das Privileg der Steuerfreiheit. Zudem müssten sie ihr Angebot zur Kooperation europaweit ausschreiben.

Für Kooperationen fehlt auch deshalb die Begründung, weil ein Bezug zu Leistungen der GKV nicht gegeben ist. Der Gesetzestext zählt Leistungen auf wie z.B. stationäre Wahlleistungen, die die GKV noch nie erbracht hat.

Für die PKV-Unternehmen gilt nach wie vor das UWG und GWB, so dass die Neureglung im SGB V ins Leere läuft.

2. Öffnung von BKKs privater Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen

Im Interesse einer systemgerechten Abgrenzung zwischen PKV und GKV haben die PKV-Unternehmen grundsätzlich Zurückhaltung bei der Öffnung ihrer Betriebskrankenkassen geübt. Gleichwohl begegnet die Sonderregelung der Artikel 1 Nr. 115 zu § 173 SGB V und Artikel 23 § 6 (Moratorium für die Errichtung und Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen) für private Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen unter rechtlichen Gesichtspunkten Bedenken, weil damit eine isolierte Belastung nur einzelner Rechtsträger geschaffen wird. Gar nicht hinnehmbar ist, dass durch die Neuregelung die Betriebskrankenkassen, die mit einer Betriebskrankenkasse eines privaten Lebens- und Krankenversicherungsunternehmens fusioniert sind, von ihrem Nachwuchs abgeschnitten werden und längerfristig auf die Gewährträgerschaft angewiesen sind. Bei Fusionen von Betriebskrankenkassen privater Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen mit anderen Betriebskrankenkassen, bei denen die Betriebskrankenkassen privater Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen untergegangen sind, können selbst die Beschäftigten des Lebens- bzw. Krankenversicherungsunternehmens die Betriebskrankenkasse nicht mehr wählen. Damit wird ein geschlossener Bestand geschaffen, für den die Aufwendungen wegen des fehlenden Ausgleichs immer stärker steigen. Für den Fall, dass die Regelung fortbesteht, schlägt die PKV daher vor, dass Beschäftigte eines Lebens- oder Krankenversicherungsträgerunternehmens, das ehemaliger Trägerbetrieb einer Betriebskrankenkasse war, ausnahmsweise auch die vereinigte Betriebskrankenkasse wählen können, in der die ehemalige eigene Betriebskrankenkasse durch die Vereinigung aufgegangen ist.

Änderungsantrag zu Art. 1 Nr. 115:

Dem § 173 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gilt nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe private Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet worden oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, **es sei denn, dass der Versicherte als Arbeitnehmer beim früheren Trägerunternehmen einer vereinigten Betriebskrankenkasse beschäftigt ist.** Eine nach § 171a Abs. 1 vereinigte Krankenkasse ist für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, für die ein Wahlrecht zu der an der Vereinigung beteiligten Krankenkasse mit der höchsten Mitgliederzahl am Tag der Beantragung der Genehmigung nach Absatz 1 Satz 1 bestanden hat oder für die ein solches Wahlrecht bestanden hätte, wenn die Satzung dieser Krankenkasse vor der Vereinigung eine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.“

3. Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen durch Steuermittel

Erhebliche Bedenken bestehen gegen die Regelung des § 221 SGB V (Artikel 1 Nr. 123). Der Gesetzentwurf qualifiziert Leistungen der GKV als versicherungsfremd und macht damit deutlich, dass deren Erbringung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Die Finanzierung durch Steuermittel ist folgerichtig. Nicht systemkonform ist, die dafür bereit gestellten Steuermittel ausschließlich GKV-Mitgliedern zugute kommen zu lassen und den gesamten Personenkreis der Privatversicherten davon auszuschließen. Im Ergebnis stellt die Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen eine verfassungsrechtlich nicht zulässige Sondersteuer zu Lasten von PKV-Versicherten dar.

4. Pharmazentralnummer

Die PKV schlägt zu Artikel 14 Nr. 5 (§ 17 Apothekenbetriebsordnung) vor, die Aufbringung der Pharmazentralnummer in die Apotheken-Betriebsordnung aufzunehmen.

Es gibt keinen Grund, warum die Privatrezepte nach wie vor nicht nach den gleichen formalen Kriterien gestaltet sein sollten wie die GKV-Rezepte. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang, die Aufbringung der Pharmazentralnummer durch den Apotheker vorzuschreiben. Trotz einer zwischen ABDA und PKV-Verband vereinbarten Empfehlung drucken nur weniger als 10 % der Apotheker die PZN auf den Privatrezepten auf. Die elektronische Lesbarkeit der Rezepte ist deshalb bis heute nicht gegeben, was auch negative Auswirkungen auf die Arzneimittelsicherheit der Privatversicherten hat.

Änderungsantrag zu Art. 14 Änderung der Apothekenbetriebsordnung:

In Nr. 5 wird folgender Buchstabe d) eingefügt:

d) In § 17 Abs. 6 wird in Ziffer 4 der Punkt durch ein Komma ersetzt und nach Ziffer 4 folgende Ziffer 5 eingefügt:

„5. die Pharmazentralnummer.“

5. Arbeitgeberzuschuss

Die PKV wendet sich gegen die Schlechterstellung ihrer Versicherten gegenüber denjenigen der GKV bei der Neuregelung des Arbeitgeberzuschusses. Die richtige Übertragung der für GKV-Versicherte gefundenen Lösung auf die Privatversicherten würde darin bestehen, dass der Zuschuss die Hälfte des tatsächlich gezahlten Beitrags, höchstens aber 47 Prozent des Beitrags beträgt, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre.

Bei PKV-Versicherten wird durch die Änderung des § 257 SGB V durch Artikel 1 Nr. 132 der Arbeitgeberzuschuss doppelt gekürzt: Der Arbeitgeber muss – wie bei GKV-Versicherten – höchstens 47 Prozent des Beitrags zahlen, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre. Darüber hinaus braucht er aber auch nur 47 Prozent des tatsächlichen Beitrags zu zahlen. Es besteht aber kein Anlass, die Arbeitgeber bei Privatversicherten stärker zu entlasten.

Die Gleichbehandlung von GKV- und PKV-Versicherten ist schon durch die Begrenzung des PKV-Zuschusses auf den Höchstbeitrag der GKV gegeben. Außerdem kann bei PKV-Versicherten eine Verringerung des Arbeitgeberzuschuss für den tatsächlich gezahlten Beitrag nicht mit der Selbsttragung des Krankengeldes verknüpft werden. Das Krankengeld, für dessen Absicherung bei Privatversicherten keine Pflicht besteht, hat in Bezug auf die jeweiligen Beiträge einen geringeren Anteil als bei gesetzlich Versicherten. Im Gesetzeswortlaut findet sich zwar kein ausdrücklicher Hinweis, dass die Versicherten ihr Krankengeld selbst finanzieren müssen. Indem es bei den Rentnern, die kein Krankengeld brauchen, aber bei der paritätischen Finanzierung bleibt und die Gesetzesbegründung auch von der alleinigen Finanzierung des Krankengeldes durch die Versicherten spricht, ist bei der Neuregelung ein Bezug zum Krankengeld gegeben. Im übrigen ist der Arbeitgeber bei Privatversicherten zusätzlich dadurch entlastet, dass durch die Vereinbarung von Selbstbeteiligungen oder den Abschluss von Basistarifen der Höchstzuschuss vielfach gar nicht ausgeschöpft wird.

Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 132:

- a) In § 257 Abs. 1, 3 und 4 werden jeweils die Wörter „die Hälfte“ durch die Wörter „47 vom Hundert“ ersetzt.
- b) § 257 Abs. 2 S. 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat, höchstens jedoch 47 vom Hundert des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) oder der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt.“

6. Ungleichbehandlung zwischen GKV und PKV

In einer Vielzahl von Regelungen sieht der Gesetzgeber Preisvorteile und sonstige Vergünstigungen zugunsten der GKV vor, die auch der PKV zugute kommen müssten.

6.1 Arzneimittelrabatte und Arzneimittelpreise

- Die PKV fordert eine vernünftige Reform der Arzneimittelpreisverordnung anstelle der Rabattregelungen im SGB V. Die Streichung der Rabatte für die pharmazeutischen Großhändler durch Artikel 19 ist ein Schritt in die richtige Richtung. Der neue Apothekenabschlag in § 130 SGB V (Artikel 1 Nr. 76) von 2 Euro hingegen stellt gegenüber dem geltenden Recht eine Erhöhung des Rabatts dar, wenn der Arzneimittelpreis unter ca. 33 Euro liegt. Da dies bei einem Großteil der abgegebenen Arzneimittel zutreffen wird, ist die PKV um so mehr benachteiligt.

Die PKV tritt seit jeher dafür ein, dass Privatpatienten und GKV-Patienten bei den Arzneimittelpreisen gleich behandelt werden. Schon der bisherige Kassenrabatt in § 130 SGB V ist ein krasser Verstoß gegen diesen Grundsatz. Es gibt keine nachvollziehbare Begründung für eine unterschiedliche Behandlung von Kassen- und Privatpatienten. Sie ist verfassungs- und europarechtlich unzulässig. Außerdem zahlt der Privatpatient in der Apotheke sogar direkt, während die Leistung für den Kassenpatienten erst später abgerechnet wird. Insoweit liegt hier sogar eine (zinsfreie) Kreditierung vor.

Die mehrfache Rabattierung auf der Hersteller- und der Distributionsstufe geht von einem vorhandenen Rationalisierungspotential auf dem Arzneimittelmarkt aus. Dieses ist im Grundsatz sicherlich gerechtfertigt. Es ist aber nicht nachvollziehbar, dass das gesamte Rationalisierungspotential ausschließlich der GKV zugute kommen soll. Schließlich gehen rd. 10 Prozent des Arzneimittelmarktes auf die Versorgung von PKV-Patienten zurück. Wenn der gesamte Betrag allein einem Umsatzträger zugeordnet würde, dann eröffnet sich ein neues Feld der Quersubventionierung. Der selbstzahlende Bereich trägt derzeit bereits jährlich mehr als 5 Mrd. Euro zur Quersubventionierung bei.

- Im Zuge der Änderung der Arzneimittelpreisverordnung in Artikel 16 fordert die PKV eine Änderung des § 5.

Gemäß § 5 Abs. 1 ist bei der Abgabe einer Zubereitung aus einem Stoff oder mehreren Stoffen, die in Apotheken angefertigt wird, neben der Umsatzsteuer und einem Rezepturzuschlag auch ein Festzuschlag von 90 Prozent auf die Apothekeneinkaufspreise ohne Umsatzsteuer für Stoffe und erforderliche Verpackung zu erheben. Diese Regelung mag bei normalen, niedrigpreisigen Rezepturen wegen des gegenüber der Abgabe von Fertigarzneimitteln durch die Stoffzubereitung entstandenen zusätzlichen Aufwandes für die Apotheke noch nachvollziehbar sein. Bei Rezepturen, bei denen im Einkauf teure Stoffe verwendet werden, führt die Vorschrift aber aus unserer Sicht zu unangemessenen Preisen. Dies gilt insbesondere auch für die Herstellung von Zytostatika, wo im Beispielsfall die PKV über 60 Prozent mehr als die GKV zu zahlen hat. Der GKV-Preis errechnet sich auf der Grundlage des § 5 Abs. 5 der Arzneimittelpreisverordnung getroffenen Vereinbarung zwischen dem Deutschen Apothekerverband und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die für Zytostatika nur einen 23prozentigen Aufschlag vorsieht.

Zur Beseitigung dieser Ungleichbehandlung müsste § 5 Abs. 1 der Arzneimittelpreisverordnung dahingehend geändert werden, dass der Festzuschlag reduziert, mindestens aber ein Euro - Betrag als Höchstzuschlag festgelegt wird. Denkbar ist dabei natürlich auch die Einführung eines Mindestzuschlags. Vorstellbar ist schließlich auch (u.E. aber allenfalls die zweitbeste Lösung), dass Vereinbarungen auf der Grundlage des § 5 Abs. 5 der Arzneimittelpreisverordnung nicht nur für GKV-Versicherte Wirkung entfalten, sondern auch für privatversicherte Patienten gelten bzw. der PKV-Verband in die Regelung des § 5 Abs. 5 einbezogen wird, also den Status einer Vertragspartei erhält.

Das zuständige Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit ist bei der letzten Anpassung dieser Regelung ohnehin davon ausgegangen, dass für PKV und GKV bei der Regelung zum Apothekenzuschlag für Zubereitungen aus Stoffen im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung einheitliche Preise gelten, was im Gesetz bislang jedoch nicht umgesetzt wurde.

6.2 Elektronische Gesundheitskarte und -akte

Bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gem. § 291 a SGB V neu (Artikel 1 Nr. 144) muss berücksichtigt werden, dass auch die fast 8 Millionen privat vollversicherten Personen mit einer „privaten“ elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet werden könnten. Insbesondere ist die Kompatibilität zu den Lesegeräten bei allen Leistungserbringern sicherzustellen, damit diese nicht zwei Lesesysteme anschaffen müssen.

Daher müssen die im Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen vertretenden Akteure in die Schaffung einer Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur einbezogen werden und dies muss auch durch den Gesetzestext sichergestellt werden.

In der Gesetzesbegründung heißt es zwar, dass die Vertragspartner auf Bundesebene gem. Abs. 6 bei der Schaffung einer Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur die Vorarbeiten des Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen beachten sollen. Die Ministerin geht in der Pressemitteilung des BMGS vom 02.06.2003 sogar noch weiter: „... Ich bin zuversichtlich, dass die elektronische Gesundheitskarte die

Triebfeder für den Aufbau einer abgestimmten Telematik-Infrastruktur wird. Diese soll unter Einbeziehung der bisherigen und gegenwärtigen Bemühungen des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen aufgebaut werden. ...“ Im Gesetzestext des § 291 a SGB V neu (Artikel 1 Nr. 144) ist diese Vorgabe jedoch nicht umgesetzt.

Bei der Einführung der elektronischen Gesundheitsakte (Artikel 1 Nr. 26, § 68 SGB V neu) muss ebenso eine gemeinsame Plattform für den formalen Aufbau geschaffen werden, um sicherzustellen, dass sowohl GKV als auch PKV diese ihren Versicherten anbieten können. Auch hier soll die Infrastruktur durch die im Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen Beteiligten gemeinsam erarbeitet und die Dienstleistung nicht an Dritte mit der Gefahr von Einzellösungen vergeben werden.

7. Vertragskompetenz

In vielen Vorschriften erhalten die Krankenkassen eine neue Vertragskompetenz mit den Leistungserbringern. Die damit bezweckte Verbesserung der Qualität durch Steigerung des Wettbewerbs ist auch für PKV-Versicherte ein zentrales Anliegen, das im geltenden Recht jedoch nicht umgesetzt ist. Die PKV fordert daher im Interesse ihrer Versicherten, dass auch sie eine generelle Verhandlungskompetenz erhält. Beispielsweise sei hier z.B. erwähnt die Verhandlungskompetenz mit einzelnen Fachärzten (Artikel 1 Nr. 55, § 106 b SGB neu), Vereinbarungen über die Abgabe verordneter Arzneimittel durch die Krankenhausapothekende bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus (Artikel 1 Nr. 75, § 129 a SGB V neu), Vereinbarungen über Arzneimittelpreise mit den pharmazeutischen Unternehmen (Artikel 1 Nr. 77, § 130 a SGB V), Arzneimittelpreisvereinbarungen für Disease Management Programme (Artikel 1 Nr. 78, § 130 b SGB V neu) und Verträge mit Apotheken (Artikel 13 Nr. 5, § 11 Gesetz über das Apothekenwesen). Dasselbe gilt für die Regelungen in Artikel 1 Nr. 74, 92, 97, Artikel 16 Nr. 4.

8. „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“

Die PKV ist gegen die Schaffung einer Zweiklassenmedizin. Qualität ist unteilbar, weshalb auch die Teilnahme der PKV im Kuratorium des Zentrums begrüßt wird (Artikel 1 Nr. 91, §§ 139 a – 139 l neu). Allerdings ergehen die Empfehlungen, die das Zentrum ausspricht, nur einseitig zugunsten der GKV. Schon der Name des „Deutschen Zentrums“ sagt aber aus, dass sein Aufgabengebiet die Qualität in der Medizin insgesamt sein muss.

Im übrigen birgt die Errichtung eines staatlichen Zentrums zur Überwachung der Qualität in der Medizin die Gefahr der bürokratielastigen Überregulierung. Auch können Qualitätsvorgaben nur im Konsens mit Krankenkassen und Leistungserbringern erfüllt werden. Ein Wettbewerb um Qualität von Kostenträgern und Leistungserbringern wäre effizienter. Qualitätsverbesserungsvorschläge könnten von Fachgesellschaften erarbeitet und von GKV und PKV in Verträge übernommen werden.

9. Behandlung von Privatpatienten in Gesundheitszentren

Mit der Einführung von Gesundheitszentren durch Artikel 1 Nr. 47, § 95 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung muss gleichzeitig geregelt werden, wie diese gegenüber Privatpatienten abrechnen. Die Behandlung eines Privatpatienten in einem Gesundheitszentrum ist eine Institutsleistung und keine Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt. Für den Fall, dass dort auch PKV-Versicherte behandelt werden können, muss eine Abrechnungsregelung eingeführt werden, da die GOÄ nicht mehr greift. Die PKV schlägt vor, hier den 1,7fachen Gebührensatz der GOÄ anzusetzen.

Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 47:

§ 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene Gesundheitszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Gesundheitszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte tätig sind, mit Ausnahme der Einrichtungen nach § 107. Die Gesundheitszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als Gesundheitszentrum (Vertragsarztsitz). **Für die Behandlung von Selbstzahlern darf die Vergütung des Gesundheitszentrums nicht über dem 1,7fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte liegen.**“

10. Künstlersozialversicherungsgesetz

Wenn ein selbständiger Künstler oder Publizist gem. Artikel 7 Nr. 1 zu § 7 Künstlersozialversicherungsgesetz drei aufeinanderfolgende Jahre mit seinem Arbeitseinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen muss, um sich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen zu können, kann der Gesetzgeber nicht ohne Übergangsfrist die im Jahr 2003 erstmalig in Kraft getretene Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 6 SGB V in die Norm hineinschreiben. Dies bedeutet, dass ein Künstler nach dem Inkrafttreten des GMG am 1. Januar 2004 auch in den Jahren 2003, 2002 und 2001 über der erst im Jahre 2003 eingeführten Versicherungspflichtgrenze gelegen haben muss. Dies ist eine echte Rückwirkung von Gesetzen, die verfassungsrechtlich unzulässig ist.

11. Verbesserung der ärztlichen Fortbildung

Die Verbesserung der ärztlichen Fortbildung muss die gesamte Ärzteschaft betreffen und nicht nur die Vertragsärzte (Artikel 1 Nr. 49, § 95 d SGB V neu).

Die Mängel im Fortbildungsangebot, in der Inanspruchnahme, in der Förderung und verpflichtenden Regelung der ärztlichen Fortbildung können nur vollständig behoben werden, wenn Regelungen über die Fortbildung von Ärzten in alle Ärzte betreffenden Gesetze hineingeschrieben werden. Da die Bundesländer für die Berufsausübung der Ärzte und damit auch die Fortbildung eine ausschließliche Gesetzgebungskompetenz haben, sind diese für die Beseitigung der festgestellten Mängel verantwortlich. Besonders in die Pflicht genommen sind hier auch die Ärztekammern.

12. Boni für Arbeitgeber

Dass der Arbeitgeber gem. § 65 a Abs. 2 SGB V (Artikel 1 Nr. 25) nach Satzung der Krankenkasse durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus erhalten kann, ist unsystematisch. Der Arbeitgeber hat bereits ohne Bonus ein unmittelbares eigenes wirtschaftliches Interesse, sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu engagieren. Boni für Arbeitgeber passen nicht in ein umlagefinanziertes Versicherungssystem. Außerdem ist es unsolidarisch, zur Aufbringung der Mittel für den Bonus die gesamte Versichertengemeinschaft heranzuziehen, so wie z.B. die Selbständigen, denen derartige Programme nicht zugute kommen.

Anhang

Im Zuge der anstehenden Änderung von SGB V und SGB XI beantragen wir darüber hinaus die nachstehenden notwendigen Folgeänderungen durch das Beitragssatzsicherungsgesetz (BGBl. I 2002, 4637):

- Einige freiwillige Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen haben von der in § 22 Abs. 1 SGB XI vorgesehenen Befreiungsmöglichkeit Gebrauch gemacht und sich privat gegen das Pflegebedürftigkeitsrisiko versichert. Sofern deren Monateinkommen weniger als 3.825 Euro beträgt, tritt bei Auslegung des Beitragssatzsicherungsgesetzes durch die Spitzenverbände der Krankenkassen Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, sofern sie sich nicht von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. Eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht im Jahr 2003 für Personen, die nicht in der privaten Krankenversicherung versichert sind, sah das Beitragssatzsicherungsgesetz aber nicht vor. Diese Personen, die sich für ein Versicherungssystem mit mehr Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit entschieden haben, sind nach derzeitiger Gesetzeslage gezwungen, dieses System zu verlassen und in die soziale Pflegeversicherung zu gehen.

Dies ist vom Gesetzgeber nach Überzeugung der PKV so nicht gewollt. Die Bestandsschutzgesichtspunkte, die für die Regelung in § 6 Abs. 7 SGB V ausschlaggebend waren, müssen hier in gleicher Weise zur Anwendung kommen. Personen, die über mittlerweile 8 Jahre hinweg Ansprüche aus der privaten Pflegepflichtversicherung erworben haben, können diese nicht durch eine so nicht vorhersehbare außerordentliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze genommen werden. Es ist bereits zweifelhaft, ob

die Befreiung nach § 22 Abs. 1 widerruflich ist, zumindest aber konnten die Betroffenen bisher davon ausgehen, dass sie bei Eintritt der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung von ihrem diesbezüglichen Befreiungsrecht Gebrauch machen konnten, um dann eine substitutive PKV abzuschließen, womit dann Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eingetreten wäre.

Die PKV fordert daher für diesen Personenkreis ein befristetes Befreiungsrecht nach Inkrafttreten des Gesetzes:

Gesetzgebungsvorschlag:

In Artikel 5 werden die Nummern 1 und 2 zu den Nummern 2 und 3. Vor die Nummer 2 wird folgende Nummer 1 eingefügt:

1. § 22 wird wie folgt geändert:

Nach Abs. 2 wird folgender Abs. 3 eingefügt:

(3) Versicherten, die am 31.12.2003 nach Abs. 1 und 2 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit waren, steht bis zum 30.06.2004 erneut ein Befreiungsrecht nach Abs. 1 zu. § 5 Abs. 10 S. 2 Sozialgesetzbuch V gilt entsprechend.

- Der Begriff „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ in § 10 Abs. 3 SGB V muss durch die Neuregelungen im Beitragssatzsicherungsgesetz genauer definiert werden. In der Vorschrift muss klargestellt werden, dass für andere Personengruppen als die Angestellten bei der Auslegung des § 10 Abs. 3 SGB V die Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 6 SGB V gilt, auch wenn diese am 31.12.2002 unter § 6 Abs. 7 SGB V gefallen sind.

Durch Anwendung der Regelungen in § 6 Abs. 6 und 7 SGB V gilt für Angestellte jeweils die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 und Abs. 7. SGB V. Andere Personengruppen, wie z.B. Selbständige und Beamte, unterliegen nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Auslegung des § 10 Abs. 3 SGB V der höheren Jahresarbeitsentgeltgrenze des § 6 Abs. 6 SGB V. Dabei wird nicht deutlich, welche Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend ist, wenn ein Beamter oder Selbständiger am 31. Dezember 2002 noch versicherungsfreier Angestellter und in einer privaten Krankenversicherung versichert war. Für ihn müsste bei Auslegung des § 10 Abs. 3 SGB V auch die Versicherungspflichtgrenze des § 6 Abs. 7 SGB V gelten.

Diese Auslegung führt aber dazu, dass es Beamte und Selbständige geben wird, die schon bei einem Einkommen von 41.400 Euro ihre Kinder gegen Entgelt versichern müssen, während andere ihr Kind beim GKV-Versicherten Ehegatten bis zu einem Verdienst von 45.900 Euro beitragsfrei mitversichern können. Dies ist eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung.

Mit freundlichen Grüßen
Verbandsdirektor

(Dr. Volker Leienbach)