



Gemeinsame Stellungnahme

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006



Inhalt

Zusammenfassende politische Bewertung

Detaillierte Stellungnahme zu den
einzelnen Änderungsvorschriften

Wenn in dieser Stellungnahme von Positionen, Bewertungen und Vorschlägen der Spitzenverbände der Krankenkassen gesprochen wird, sind mit "Spitzenverbänden der Krankenkassen" die auf dem Deckblatt aufgeführten Spitzenverbände gemeint.



Zusammenfassende politische Bewertung

Im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 haben CDU, CSU und SPD als Leitbild und Ziel ihrer Gesundheitspolitik "die Sicherung eines leistungsfähigen und demographiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hochstehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung" vereinbart. Für den Bereich der Krankenversicherung haben sie darin zugleich die

- Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung und
- die wettbewerbliche und freiheitliche Ausrichtung

hervorgehoben. Wirksame Reformmaßnahmen wurden damit sowohl für die Einnahmen- wie für die Ausgabenseite versprochen. Hieran gemessen wird das nunmehr vorgelegte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wie folgt bewertet:

1. Hauptziele der Reform werden verfehlt

Finanzierung wird weder nachhaltig stabilisiert noch gerechter gestaltet

Das größte Problem der GKV ist die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben, die sich strukturell bedingt, mittel- und langfristig stetig öffnet. Bereits in 2007 fehlen zur Deckung der absehbaren Ausgaben der GKV ca. 7 Mrd. Euro. Dieses Defizit wächst - wenn der Gesetzgeber nicht entsprechend tätig wird - bis zum Ende der Legislaturperiode auf bis zu 13 bis 16 Mrd. Euro. In der Folge muss der Beitragssatz bis 2009 um bis zu 1,6 Prozentpunkte auf bis zu 15,9 Prozent angehoben werden. Dazu kommt in 2007 noch die gesetzlich vorgegebene Entschuldung, die - wenn der Gesetzgeber darauf besteht, dass sie in 2007 abgeschlossen wird - eine zusätzliche Beitragssatzanhebung um ca. 0,4 Prozentpunkte notwendig macht.

Der vorliegende Gesetzentwurf löst dieses Problem nicht im Ansatz. Er bewirkt keine erhöhten Einnahmen aus Steuern oder durch Verbreiterung der gesetzlich versicherten Personenkreise. Im Gegenteil: Im Zusammenspiel mit dem bereits verabschiedeten Haushaltsbegleitgesetz sinkt der Steuerzuschuss an die GKV von heute jährlich 4,2 Mrd. Euro auf 1,5 Mrd. Euro in 2007 und 2008 und wird in 2009 auf lediglich 3 Mrd. Euro angehoben.

Das Ziel sinkender Lohnzusatzkosten wird daher durch den absehbaren Anstieg der Beitragssätze in der GKV trotz sinkender Beiträge zur Arbeitslosenversicherung konterkariert.

Mit dem Gesetzentwurf werden die dringenden Probleme der GKV nicht angegangen, die Versicherten und ihre Arbeitgeber werden mit jährlich anwachsenden zusätzlichen Milliardenbeträgen belastet, im Jahr 2009 mit bis zu 16 Mrd. Euro.



Auch der Gesundheitsfonds in Verbindung mit Einheitsbeitragssätzen und Zusatzbeiträgen trägt nicht zur Problemlösung bei, sondern generiert neue. Mit den Einheitsbeitragssätzen wird den Krankenkassen die Finanzverantwortung maßgeblich entzogen. Durch den Zusatzbeitrag wird sich der Wettbewerb künftig verstärkt auf die gesunden und einkommensstarken Versicherten konzentrieren. Die sozialpolitisch begründete Überforderungsschwelle von 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen führt dazu, dass Krankenkassen, die zufällig überdurchschnittlich viele Geringverdiener versichern, höherverdienende Versicherte stärker belasten müssen, als dies in einer Krankenkasse mit über- und durchschnittlich verdienenden Mitgliedern der Fall ist. Solchermaßen verzerrter Wettbewerb kann sein Ziel nur verfehlen. Je einkommensschwächer die Mitglieder einer Krankenkasse und je höher die im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigten Krankheitsrisiken ihrer Versicherten sind, desto höher wird ihr Zusatzbeitrag. Die Krankenkassen würden in einen Wettbewerb um gesunde und einkommensstarke Mitglieder gedrängt. In diesem Wettbewerb werden sie eher freiwillige und Service-Leistungen einschränken müssen, als Boni ausschütten zu können. Deshalb besteht die Gefahr, dass die Versorgung schlechter statt besser wird.

Darüber hinaus wird die zusätzliche Administration des Zusatzbeitrages den bürokratischen Aufwand durch die Führung von perspektivisch 50 Millionen Mitgliederkonten erhöhen statt verringern. Mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen würde eine neue zentrale Verwaltungsbürokratie aufgebaut, statt bewährte Organisationen im wettbewerblichen Zusammenwirken effizient arbeiten zu lassen.

Die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens wird nicht gestärkt

Das Gesetz stärkt auch nicht - wie sein Name vorgibt - den Wettbewerb. Im Gegenteil: Weit über 70 Prozent des Ausgabenvolumens soll einheitlich für alle Krankenkassen von einem zentralen Dachverband durch entsprechende Verträge präjudiziert werden. Die neuen Vertragsoptionen, die neben diesem kollektivvertraglichen Teil der Versorgung Vertragswettbewerb ermöglichen sollen, können kaum genutzt werden, weil sie ganz überwiegend zusätzlich finanziert werden müssen. Die sogenannte „Anschubfinanzierung“ bzw. vereinfachte Vergütungsvereinbarung für die integrierte Versorgung wird zwar zeitlich verlängert, das Volumen wird jedoch weiter auf nur 1 Prozent der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausrechnungen limitiert und zusätzlich werden die Voraussetzungen gesetzlich restriktiver gestaltet: Mit der Vorgabe mehr oder minder flächendeckender Vertragsabdeckung wird dieser Ansatz für wettbewerbliche Suchprozesse faktisch behindert werden. Die Verpflichtung der Krankenkassen, jeweils spezielle Hausarztverträge abschließen zu müssen, ist ebenfalls weder freiheitlich noch förderlich für einen Effizienzwettbewerb zwischen Hausarzt- und anderen Versorgungsmodellen.

Der vorliegende Gesetzentwurf ist insgesamt geprägt von einer eindeutigen Tendenz der Verstaatlichung, Zentralisierung und Vereinheitlichung der Steuerung des Gesundheitswesens. Kennzeichnend für diese Tendenz sind die Festsetzung eines für alle Krankenkassen geltenden allgemeinen Beitragssatzes, die Konkretisierung des Leistungskataloges



durch eine dem BMG nachgeordnete Behörde (statt wie bisher durch die gemeinsame Selbstverwaltung) und die Steuerung der wichtigsten Vergütungssysteme und Preise durch einen regierungsnahen Spitzenverband der Krankenkassen. Das plurale und in den letzten Jahren schrittweise wettbewerblich entwickelte GKV-System soll offenbar in eine Deutsche Einheitskrankenversicherung nach dem Vorbild der Deutschen Rentenversicherung umgebaut werden. Dies ignoriert wesentliche Funktionsunterschiede beider Sozialversicherungszweige: während es in der Rentenversicherung darum geht, definierte Ansprüche auf Geldleistungen zu bedienen, geht es in der Krankenversicherung darum, komplexe Versicherungs- und Versorgungsleistungen unter Anreiz und Nutzung wettbewerblicher Spielräume möglichst effizient zu erbringen. Nicht zuletzt zeigt die internationale Erfahrung, dass staatlich gesteuerte Gesundheitssysteme und insbesondere solche, in denen der Staat die Beiträge festsetzt, in aller Regel weder effizient noch effektiv und innovationsfreundlich sind.

2. Beitragssatzfestsetzung durch die Bundesregierung

Nach § 241 SGB V des vorliegenden Gesetzentwurfs legt künftig die Bundesregierung den allgemeinen Beitragssatz per Rechtsverordnung fest. Der Beitragssatz soll zum Startzeitpunkt des Gesundheitsfonds so festgesetzt werden, dass er zusammen mit dem Steuerzuschuss und den sonstigen Einnahmen (z. B. Beiträge auf Mini-Jobs) die Gesamtausgaben der GKV und den Aufbau einer Schwankungsreserve deckt. Eine Anpassung des Beitragssatzes ist erst dann vorgesehen, wenn der Beitragssatz im laufenden und im folgenden Jahr weniger als 95 Prozent der Ausgaben der GKV deckt (vgl. § 220).

Durch die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung verlören die Krankenkassen weitgehend ihre Finanzautonomie. Ihr finanzpolitischer Spielraum beschränkte sich allein auf die Erhebung des Zusatzbeitrages.

Es bestünde die Gefahr, dass sich die Bundesregierung bei Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nicht primär vom Finanzbedarf für die Versorgung leiten lassen würde, sondern auch sachfremde Erwägungen handlungsleitend würden. Die konjunkturelle und allgemein-politische Lage, die Entwicklung der sogenannten Lohnzusatzkosten und nicht zuletzt anstehende Wahlen könnten nahelegen, notwendige Beitragssatzerhöhungen nicht vorzunehmen. Entsprechende Erfahrungen liegen aus der Rentenversicherung vor.

Es müsste damit gerechnet werden, dass notwendige Beitragsanpassungen zur Abdeckung des heutigen Leistungsumfangs und des medizinischen Fortschritts unterbleiben und in der Folge mit Leistungskürzungen oder mit individuell zu tragenden Belastungen der Versicherten und Patienten zu rechnen ist. Durch diese zusätzliche Belastung der Versicherten wird die Versorgung tendenziell schlechter statt besser. Die Spitzenverbände plädieren daher dafür, es bei der heutigen Form der Beitragsfinanzierung und der vollumfänglichen Finanzverantwortung der Krankenkassen zu belassen.



3. Gesundheitsfonds ohne Zusatznutzen für die GKV, aber mit zusätzlichen Kosten

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf leiten die Krankenkassen die eingenommenen Beiträge an das Bundesversicherungsamt (BVA) weiter. Dieses verwaltet sie als Sondervermögen, das Gesundheitsfonds genannt wird. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen nach § 270 SGB V Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Diese Zuweisungen umfassen: eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge, über die ein Risikoausgleich durchgeführt wird, Zuweisungen für aufwändige Leistungsfälle und Zuweisungen für standardisierte Verwaltungs- und Sitzungsausgaben sowie für bestimmte Ausgaben im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen (DMP).

Das einzig neue an dieser Konstruktion ist, dass die Krankenkassen die Beitragseinnahmen künftig zuerst vollständig an den zentralen Fonds abführen müssen, um anschließend von diesem wiederum Zuweisungen zu bekommen. Der Risikostrukturausgleich (RSA) wird heute bereits über das BVA gesteuert, allerdings als Netto-Verrechnung zwischen Zahlungsansprüchen und -pflichten. Dabei werden die von den Krankenkassen in den RSA abzuführenden Beiträge mit den ihnen zustehenden Zuweisungen verrechnet. Es spricht aus der Sicht der Spitzenverbände nichts dafür, dieses Verfahren durch die Hin- und Herüberweisung von dann monatlich über 10 Mrd. Euro zu verkomplizieren.

Zudem erfordert diese Umleitung der Zahlungsströme über den Gesundheitsfonds eine Schwankungsreserve in Höhe von ca. 3 Mrd. Euro bzw. 0,3 Beitragssatzpunkten, die aufgrund der aktuellen Finanzlage nicht ohne Beitragssatzerhöhung umzusetzen ist.

Die Spitzenverbände plädieren daher dafür, auf die Einrichtung des Gesundheitsfonds zu verzichten.

4. Zusatzbeitrag zerstört die GKV

Mit der Einführung staatlich festgesetzter Einheitsbeiträge wird den Krankenkassen die Finanzverantwortung maßgeblich entzogen. Sie erhalten aber über die Gestaltung von Zusatzbeiträgen und Boni scheinbar die Möglichkeit, einen Rest an finanzieller Autonomie zu behalten. Denn es ist vorgesehen, dass Krankenkassen, die ihre Ausgaben aus den Zuweisungen aus dem Fonds nicht decken können, von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dieser Zusatzbeitrag kann prozentual auf das beitragspflichtige Einkommen oder als Pauschale erhoben werden. Er darf grundsätzlich 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten. Solange der Zusatzbeitrag die Höhe von 8 Euro nicht übersteigt, wird er jedoch ohne Einkommensprüfung erhoben. Der Zusatzbeitrag ist so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Fonds die voraussichtlichen Ausgaben und die Auffüllung der Rücklagen deckt. Krankenkassen, die die Zuweisungen aus dem Fonds nicht vollständig verbrauchen, dürfen ihre Überschüsse an ihre Mitglieder als Boni ausschütten (§ 242 SGB V).



In der Begründung zu dieser Regelung heißt es: "Wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen sind in der Lage, ihren Finanzbedarf aus den Mittelzuweisungen des Gesundheitsfonds zu decken oder sogar einen Überschuss zu erzielen." Dies ist nicht zutreffend. Die Wirtschaftlichkeitsanstrengungen der Krankenkassen werden im Rahmen des vorliegenden Gesetzes in mehrfacher Hinsicht konterkariert. Dies resultiert zum einen aus den Einheitsverträgen des geplanten Dachverbandes, zum anderen aus Faktoren, die dazu führen, dass die verbleibenden Optionen für Einzelverträge in der Regel nur mit zusätzlichen Vergütungen erkaufte werden können. Beispiel par excellence hierfür ist die Pflicht, dass alle Krankenkassen Hausarztverträge anbieten müssen. Drittens bedeutet die sozialpolitisch wohl begründete Überforderungsklausel für die Versicherten von 1 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen für die Krankenkasse, dass diese hinsichtlich der durch Zusatzbeiträge aufbringbaren Finanzmittel von der zufälligen Einkommenslage ihrer Mitglieder abhängig gemacht wird. Sie kann dies in keiner Weise durch "wirtschaftliche Anstrengungen" beeinflussen.

Für das Gros der Krankenkassen wird ein Zusatzbeitrag notwendig, wenn nicht 100 Prozent der Ausgaben vom Gesundheitsfonds berücksichtigt werden. Selbst unter der Voraussetzung eines sehr zielgenauen morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) und einer 100-prozentigen Fondsausstattung wird es Krankenkassen geben, die einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dies ist z. B. für regional organisierte Krankenkassen in Regionen mit einer hohen Versorgungsdichte (z. B. in Ballungszentren) oder einem hohen Anteil an Versicherten, die von der Zuzahlung nach § 62 SGB V befreit sind, der Fall. Wie hoch die Zielgenauigkeit des jetzt vereinbarten Morbi-RSA sein wird, ist noch nicht erkennbar. Eine 100-prozentige Einbeziehung der Ausgaben ist aber nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nur im Startjahr gegeben. Anders als heute im RSA führen steigende Ausgaben der GKV zunächst nicht zu einer entsprechenden Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes und der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. In der Folge müssen die Krankenkassen den Zusatzbeitrag erhöhen. Aufgrund der Erfahrungen aus der Vergangenheit muss damit gerechnet werden, dass von den Krankenkassen zukünftig dauerhaft ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von mindestens 12 Euro pro Monat und Mitglied erhoben werden muss. Tatsächlich werden kassenindividuell unterschiedliche Zusatzbeiträge und auch Boni möglich sein, die Spannweite - und damit der verzerrte Wettbewerbsanreiz - kann dabei erheblich sein. (Die Belastung wird durch 1 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze bei rd. 36 Euro pro Monat (im Jahr 2006) limitiert, aber auch die Prämienauszahlung könnte umgekehrt bis in diese Region reichen.) Innerhalb dieses Rahmens wird wohl der verbleibende „Alibiwettbewerb“ in der GKV stattfinden.

Der Zusatzbeitrag kann aber seine Preis- und Transparenzfunktion im Wettbewerb gerade deshalb nicht sachgerecht entfalten, weil er als "Rest"größe für die Krankenkassen - auch aus den oben genannten Gründen - nicht managementfähig ist. Denn bei den nicht durch Zuweisungen aus dem Fonds gedeckten Ausgaben, die über den Zusatzbeitrag zu finanzieren sind, findet weder ein zusätzlicher Ausgleich der Krankheits- noch der Einkommensrisiken statt. Der solchermaßen verzerrte und von der einzelnen Krankenkasse keineswegs adäquat beeinflussbare Wettbewerb droht zu folgendem Ergebnis zu führen: Krankenkassen mit ungünstiger Ausgangskonstellation müssen Insolvenz anmelden, so



bald die Deckungslücke zu den gesetzlichen Beitragszuweisungen nicht mehr durch zureichende Einnahmen aus Zusatzbeiträgen gedeckt werden kann.

Bereits nach kurzer Zeit muss deshalb mit Insolvenzen auch großer Krankenkassen gerechnet werden. Das ist kein Ergebnis von Wettbewerb, sondern einer verfehlten Konstruktion aus Einheits- und Zusatzbeitrag mit Überforderungsklausel. Insolvenzen von gesetzlichen Krankenkassen führen jedoch zwangsläufig zu einem Verlust des Vertrauens der Versicherten in ihre Krankenkassen und in der Folge zu einem Verlust des Vertrauens eines Großteils der Bevölkerung in die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt. Das kann und darf politisch nicht gewollt sein.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen plädieren daher nochmals dafür, die Verantwortung für die Beitragspolitik ungeteilt in der Hand der Krankenkassen zu belassen.

5. Neugestaltung der ambulanten Versorgung

Die Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung erweitern grundsätzlich den Spielraum für selektive Verträge. Mit dem angestrebten Wettbewerb ist allerdings nicht vereinbar, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, ein Hausarztmodell anzubieten. Außerdem erfordert die Finanzierung der hausarztzentrierten und der besonderen ambulanten Versorgung eine sachgerechte Bereinigung der Gesamtvergütungen, über die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt werden muss. Die notwendige Förderung könnte alternativ noch besser mit einer gesetzlich geregelten Anschubfinanzierung erreicht werden. Kritisch ist indessen, dass die für die kollektivvertraglich geregelte Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen auch Selektivverträge mit den Krankenkassen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung abschließen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen konkurrieren dadurch mit sich selbst und mit ihren Mitgliedern.

Die Ablösung des geltenden Vergütungssystems zum 01.01.2009 durch die Einführung fester und einheitlicher Preise (Euro-Gebührenordnung) und die Anpassung des Leistungsbedarfs an Morbiditätskriterien beinhaltet erhebliche Risiken für die Ausgabenentwicklung und damit für die Beitragssatzstabilität der Krankenkassen. Durch notwendige Anpassungen der Preise an die Kostenentwicklung und durch die ärztliche Feststellung und Dokumentation der Morbidität droht eine doppelte Dynamik der Ausgaben für ärztliche Leistungen. Unrealistisch ist die Vorgabe, innerhalb weniger Monate die ärztlichen Leistungen in der Gebührenordnung zu Pauschalen zusammenzufassen. Mit der angestrebten "Wettbewerbsstärkung" nicht vereinbar ist die Verpflichtung, die Vergütungsverhandlungen auf Bundes- und Landesebene einheitlich und gemeinsam zu führen.

6. Überregulierung im Arzneimittelmarkt

Der GKV-Arzneimittelmarkt ist gegenüber anderen Leistungsbereichen im Unterschied zu anderen EU-Staaten durch zwei Besonderheiten geprägt. Zum einen sind verschreibungs-



pflichtige Arzneimittel nach arzneigesetzlicher Zulassung grundsätzlich verordnungsfähig. Zum anderen können die Anbieter von Arzneimitteln über ihren Herstellerabgabepreis den Verbraucherpreis frei bestimmen. Generell gilt, dass Arzneimittel besondere Güter darstellen, deren Nachfrage sich im Gegensatz zu Konsumgütern nicht beliebig über Wettbewerb steuern lässt. Insofern handelt es sich um einen atypischen Markt, in dem die gängigen Marktmechanismen nicht unmittelbar greifen.

In den letzten Jahren wurde der Arzneimittelmarkt bei jeder Reform maßgeblich verändert und ist inzwischen überreguliert. Hat das gerade zum 01.05.2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) noch nicht einmal vollständig seine Wirkung entfalten können, so wird mit dem GKV-WSG gleichwohl neu in den Markt eingegriffen. So schlagen sich die AVWG-Maßnahmen zu Festbeträgen, Zuzahlungsfreistellung und zu Abschlägen bereits deutlich in einer rückläufigen Preisentwicklung nieder; die eingeleiteten Umsetzungsmaßnahmen werden jedoch erst im Laufe des Jahres 2006 und 2007 voll zum Tragen kommen. Diese Effekte werden durch die beabsichtigten Regelungen des GKV-WSG teils überlagert, teils konterkariert.

Die Krankenkassen werden mit dem GKV-WSG in diesem Versorgungsbereich verstärkt in einen Wettbewerb untereinander und damit zunehmend unter Kartellrecht gestellt. Unter den Vorzeichen einer generellen Leistungspflicht nach Zulassung und den marktgemäßen Regeln des Kartellrechts werden selbst große Krankenkassen nicht die finanziellen Effekte erreichen können, die die im gesetzlichen Auftrag gemeinsam und einheitlich handelnde Selbstverwaltung, inzwischen auch verfassungs- und EU-kartellrechtlich abgesichert, gewährleistet. Von den Neuregelungen zum Arzneimittelbereich hervorzuheben sind:

- Die einseitige Verpflichtung der GKV zur Übernahme aller Schutzimpfungen entlasten die öffentlichen Haushalte und Arbeitgeber. Sie verursacht zusammen mit arbeitschutzpflichtigen Impfungen, gerade erweitertem Standardimpfkatalog (Pneumokokken, Keuchhusten, Meningokokken) sowie weiteren von der STIKO vorbereiteten Empfehlungen einen Kostenschub von geschätzt mindestens 1,6 Mrd. Euro (GKV-Ausgaben 2005: 0,9 Mrd. Euro) mit jährlichen Folgekosten. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer klaren Abgrenzung der Kostenverantwortung zwischen GKV, Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Arbeitgebern. Hierbei ist insbesondere klarzustellen, dass für kollektive Schutzmaßnahmen (z. B. Impfungen im Influenza-Pandemiefall) die Kostenzuständigkeit des ÖGD gegeben und die GKV ausschließlich für den außerberuflichen Individualschutz kostenpflichtig ist.
- Die Erweiterung des Prinzips der Höchsterstattungsgrenzen auf nicht festbetragsregelte Arzneimittel ist grundsätzlich systemgerecht. Die hierzu vorausgesetzte Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen läuft jedoch der Marktentwicklung regelmäßig hinterher, was durch erweiterte Beteiligungsverfahren noch verstärkt wird. Da einmal eingeführte Arzneimittel kaum noch in ihrer Verordnungsfähigkeit eingeschränkt werden können, wenn eine spätere neutrale Bewertung nicht positiv ausfällt, ist eine vorgelagerte Kosten-Nutzen-Bewertung als Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit unverzichtbar.



- Mit dem GKV-WSG wechselt innerhalb eines Jahres die ordnungspolitische Richtung: Dem AVWG-Verbot der Naturalrabatte an Apotheken soll nun die Mandatierung der Apotheken zum Abschluss von Rabattverträgen folgen und zu Einsparungen von 500 Mio. Euro beitragen.
- Die weitere Individualisierung durch Höchstpreise für Apotheken, Vertragspreise und mehrdimensionale Rabatte löst die im Arzneimittelbereich bislang am weitesten fortgeschrittene Transparenz wieder auf. Die künftige Intransparenz der tatsächlichen Preisstruktur sowie die entstehenden Vertragslandschaften hebeln Steuerungsinstrumente zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung sowohl auf Ebene des einzelnen Arztes als auch auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen faktisch aus.
- Die Verlagerung der Gestaltung wesentlicher Rahmenverträge für die Arzneimittelversorgung auf den neuen Dachverband bedient zentralistische Strukturen im Widerspruch zur generell verfolgten Wettbewerbsphilosophie. Da die gesetzlichen Vertragsermächtigungen nicht verändert werden, ergeben sich für den Dachverband im Arzneimittelbereich keine besseren Durchsetzungschancen.

7. Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Entscheidungsgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) künftig mit hauptamtlich beim Gemeinsamen Bundesausschuss Beschäftigten zu besetzen. Diese Hauptamtlichen sollen ihre Entscheidungen weisungsunabhängig von den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses treffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt untergesetzliche Normen. Damit darf der Gesetzgeber aus verfassungsrechtlichen Gründen nur Institutionen beauftragen, die durch Wahlen legitimiert sind. Dies ist bei den heute im G-BA entscheidenden Vertretern der Trägerorganisationen gegeben. Bei hauptamtlich Beschäftigten des G-BA ist die Legitimationskette durch Wahlen durchbrochen. Sie werden von den Trägerorganisationen lediglich benannt und als hauptamtliche Angestellte des G-BA dann völlig von der Selbstverwaltung abgekoppelt. Damit ist der G-BA keine Selbstverwaltungsinstitution mehr, sondern eine dem BMG nachgeordnete Behörde. Dem entspricht auch die Fachaufsicht, die der Gesetzentwurf dem BMG über den G-BA - im Unterschied zur heutigen Rechtsaufsicht - einräumt.

Auf Seiten der Krankenkassen sollen künftig nicht mehr die Spitzenverbände Träger des G-BA sein, sondern der BMG-nahe Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Verstaatlichung des G-BA und die Fachaufsicht des BMG über den G-BA ab. Sie sehen die Gefahr, dass sachfremde politische Motive und Ziele in die G-BA Entscheidungen einfließen und Politik und Ministerium, sich z. B. bei Festbeträgen für Arzneimittel, den Kosten-Nutzen-Analysen neuer teurer Arzneimittel, der Zulassung neuer teurer Diagnose- und Behandlungsverfahren nicht in allen Fällen gegenüber der hoch durchsetzungsfähigen Lobby, insbesondere den Pharma- und Medizinprodukteherstellern, durchsetzen können. Dies könnte für die GKV zum einen teuer werden. Zum anderen könnte es zu erheblichen Leistungsungerechtigkeiten führen,



wenn bei der Zulassung von Leistungen nicht immer die gleichen Kriterien zugrunde gelegt werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen plädieren deshalb dafür, die Entscheidungsgremien weiter durch Mitglieder der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu besetzen und es bei der bestehenden Rechtsaufsicht zu belassen.

8. Spitzenverband Bund

Die Krankenkassen sollen nach dem Gesetzentwurf einen Spitzenverband Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts bilden. Auf diesen gehen alle gesetzlichen Aufgaben der heutigen Spitzenverbände über. Der Spitzenverband Bund wäre danach insbesondere zuständig für die Vergütungssysteme für das Krankenhaus, die Vertragsärzte und die Vertragszahnärzte, die Festsetzung der Festbeträge für Arzneimittel und Hilfsmittel, die Festsetzung der neuen Höchstbeträge für Arzneimittel, Vorgaben für die jährlichen Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene, die Ausgestaltung der Telematik und vieles mehr. Die Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund sollen für alle Landesverbände und Krankenkassen verbindlich sein. Damit hätte der Spitzenverband Bund nahezu alle wichtigen Steuerungsinstrumente der GKV in der Hand. Es fände eine ungeheure Machtkonzentration statt. Die einzelne Kasse soll im Spitzenverband Bund in der Mitgliederversammlung mit 2 Mitgliedern ihres Verwaltungsrates vertreten sein. Die ca. 500-köpfige Mitgliederversammlung hat nach dem Gesetzentwurf lediglich die Aufgabe, den 32-köpfigen Verwaltungsrat zu wählen.

Die Verteilung der 32 Sitze im Verwaltungsrat auf die Kassenarten soll per Gesetz vorgenommen werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verteilung erscheint recht willkürlich, nicht nur in der unvollkommenen Abbildung der Marktanteile der Kassenarten. Da die Ersatzkassen nur Versichertenvertreter stellen, wird den anderen Kassenarten vorgegeben, entsprechend mehr Arbeitgebervertreter zu entsenden. Die Wahl erfolgt nach komplizierten Verfahren mit absurden Zügen. So soll z. B. im Nichteinigungsfall über die Reihenfolge der Kandidaten auf den Wahllisten der Vorsitzende der Mitgliederversammlung entscheiden.

Bis auf die Beteiligung der Krankenkassen über ihre Verwaltungsräte an der Wahl eines höchstens 3-köpfigen hauptamtlichen Vorstandes des Spitzenverbandes legt der Gesamtkontext des Gesetzentwurfes nahe, dass die Kassen möglichst wenig an dem vom Spitzenverband Bund zu treffenden Entscheidungen beteiligt werden sollen. Dass alle operativen Entscheidungen von diesem Vorstand getroffen werden, ist angesichts des Umsatzvolumens der Marktbereiche, auf die sich seine Entscheidungen beziehen (ca. 150 Mrd. Euro), völlig inakzeptabel. Es führt auch dazu, dass die Vorstände der Krankenkassen, die sich für das operative Ergebnis ihrer jeweiligen Krankenkasse vor ihren Verwaltungsräten verantworten müssen, Entscheidungen des 3-köpfigen Spitzenverbandes Vorstandes, z. B. zu wettbewerbsrelevanten Verträgen, gegen sich gelten lassen müssen, ohne auf diese auch nur im Geringsten Einfluss nehmen zu können. Zwar werden viele dieser Verträge heute von den Spitzenverbänden einheitlich und gemeinsam verhandelt und abgeschlos-



sen. In den Spitzenverbänden wird aber systematisch der Interessenausgleich der untereinander im Wettbewerb stehenden Mitglieder organisiert und die Vorstände der Spitzenverbände müssen sich für die von ihnen unterzeichneten Verträge vor ihren Mitgliedern verantworten.

Die Gestaltungsfreiheiten der Bundesländer und der Krankenkassen, für die Region eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Versorgung zu gestalten, werden weitgehend eingeschränkt.

Als Ziel für die Etablierung des Spitzenverbandes Bund wird die Beseitigung von Blockaden und Ineffizienzen in der Entscheidungsfindung der Selbstverwaltung angegeben. Tatsächlich beruhen Blockaden und Verzögerungen in aller Regel aber nicht auf einer Nichteinigungsfähigkeit der bestehenden Spitzenverbände, sondern auf Interessenskonflikten mit den Leistungserbringern. Mit diesen würde auch der neue Spitzenverband konfrontiert sein. Der Spitzenverband Bund hat deshalb keinen Nutzen für die GKV. Im Gegenteil, mit ihm wird eine neue Bürokratie geschaffen, die zusätzliche Kosten verursacht. Darüber hinaus entfallen Synergieeffekte, die heute durch die kombinierte Wahrnehmung gesetzlicher Pflichtaufgaben und freiwilliger Dienstleistungsaufgaben durch die Spitzenverbände der einzelnen Kassenarten entstehen.

Hinzu kommt, dass den angedachten Strukturveränderungen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken entgegenstehen. Demnach ist die Auflösung der Spitzenverbände nicht mit dem Rechtsstaatsprinzip vereinbar. Die wettbewerbsbeschränkende Konzentration und Zentralisierung von Aufgaben auf den neuen "Spitzenverband Bund" führt dazu, dass das System des gegliederten Krankenkassenwesens, das unverändert Grundlage des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist und weiter bestehen bleiben soll, durchbrochen wird. Die der Konzentration zugrunde liegenden Regelungen sind deshalb von vornherein evident ungeeignet und damit rechtsstaatswidrig.

Die geplante Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts stellt zudem einen objektiven Verstoß gegen Art. 9 Abs. 1 GG dar. Die Zwangserichtung der Gesellschaften verstößt auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes eindeutig gegen die negative Vereinigungsfreiheit.

Im Gesamtkontext des Gesetzentwurfs drängt sich der Eindruck auf, dass das vorrangige Motiv für die Etablierung des Spitzenverbandes Bund die deutliche Erhöhung des zentralstaatlichen Einflusses auf die Steuerung der GKV ist. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund, der Entscheidungen von ca. 150 Mrd. Euro Vertragsvolumen - ohne wirksames Korrektiv - zu fällen hat, wird sich eng mit seiner Aufsicht, d. h. mit dem BMG, abstimmen und zu dessen verlängertem Arm werden.

Die Spitzenverbände der GKV treten für eine plurale, wettbewerblich orientierte, soziale Krankenversicherung ein. Eine Verstaatlichung, Zentralisierung und Vereinheitlichung der GKV lehnen sie ab. Deshalb fordern sie dringend dazu auf, auf den geplanten Spitzenverband Bund zu verzichten.



9. Haftung und Insolvenz im System der GKV

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden sämtliche Krankenkassen für insolvenzfähig erklärt und damit die bisher geltenden Insolvenzausschlüsse auf Landesebene durchbrochen. Damit einher geht ein Paradigmenwechsel bezüglich der Haftung im Fall der Schließung/Insolvenz einer Krankenkasse: Anstelle der solidarischen kassenarteninternen Haftungsverbände mit körperschaftlich verfassten Verbänden, die mit entsprechenden Aufgaben beliehen sind, als Garant der Sicherstellung der Vergütung der Leistungserbringer und damit der Gesundheitsversorgung der Versicherten, findet nur noch eine anteilmäßige Befriedigung der Gläubiger gemäß der Insolvenzordnung statt. Die somit erstrebte Haftungsbefreiung ist verfassungswidrig, da sich dadurch der Bund seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungsverantwortung für ein funktionierendes System der Gesundheitsversorgung zu entziehen sucht. Das Risiko, dass das durch den Gesundheitsfonds vorgegebene Finanzvolumen zur Erfüllung der durch den Spitzenverband Bund diktierten Aufgaben wegen einer ungünstigen Versichertenstruktur nicht ausreicht, soll über das Insolvenzverfahren letztlich den Gläubigern der Krankenkasse, also den Versicherten, Arbeitnehmern, Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, aufgebürdet werden. Die Insolvenz großer Krankenkassen wird auf Seiten der Leistungserbringer zu Anschlussinsolvenzen führen, was in der Konsequenz erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen haben wird, insbesondere im stationären Bereich. Die Einführung des Insolvenzrechts kann damit auf Leistungserbringerseite dazu führen, dass Behandlungen nur noch gegen Vorkasse gewährt werden, um sich gegen das Insolvenzrisiko der Krankenkasse abzusichern. Zudem führt das erhöhte Sicherheitsbedürfnis von Leistungserbringern wie potenziellen Finanzpartnern zu Mehrkosten bei den Krankenkassen.

Die Übergangsregelung, wonach der Spitzenverband Bund für alle Krankenkassen die Höhe der Verschuldung zum 01.01.2008 feststellt und im Falle einer Insolvenz oder Schließung einer Kasse deren Schulden auf die übrigen Krankenkassen der selben Kasenart verteilt, stellt einen weiteren Eingriff in die verbleibende Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen dar.

10. Ausweitung der Kostenerstattung birgt Risiken für Versicherte

Die Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens soll insofern flexibilisiert werden, als Versicherten vor jeder Behandlung die Entscheidung freigestellt wird, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen wollen. Der Spitzenverband Bund hat über die Erfahrungen mit dieser Neuregelung bis zum 31.03.2009 dem Deutschen Bundestag zu berichten.

Die Flexibilisierung und Ausweitung der Kostenerstattung höhlt das bewährte Sachleistungsprinzip aus, welches die Versicherten vor finanziellen Vorleistungen und finanzieller Überforderung schützt. Insbesondere die Möglichkeit, in jedem einzelnen Behandlungsfall anstelle der Sachleistung Kostenerstattung zu wählen, wird von den Spitzenverbänden



abgelehnt. Nach den bisherigen Erfahrungen wird dies dazu führen, dass Leistungserbringer - ihren Einkommensinteressen folgend - vermehrt Druck auf ihre Patienten ausüben, Kostenerstattung zu wählen. So könnte etwa die Vergabe von zeitnahen Terminen beim Facharzt bei gesetzlich Versicherten von einer "ausnahmsweisen" Wahl der Kostenerstattung abhängig gemacht werden.

Für die Versicherten, die bei Wahl der Kostenerstattung zusätzlich in ein privatrechtliches Vertragsverhältnis zu ihrem Behandler geraten, wird es sehr schwierig zu differenzieren, welche medizinischen Leistungen im einzelnen noch gesetzliche Leistungen und welche rein private Leistungen sind, z. B. die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen. Neben dem Umstand, dass sie in der Regel höhere Rechnungen erhalten als ihre Krankenkasse erstatten kann, tragen sie also das Risiko, dass für bestimmte Leistungen überhaupt keine Erstattung erfolgt. Zum Schutz der Versicherten sollte die Regelung also mindestens mit einer vorangehenden Aufklärungspflicht der Krankenkassen verknüpft bleiben.

Insgesamt führt eine Ausdehnung der Kostenerstattung zu steigendem Verwaltungsaufwand (keine KV-Abrechnung, Anrechnung auf Gesamtvergütung usw.) und zu Schwierigkeiten bei allen qualitäts- und kostensteuernden Regelungen auf Kollektivvertragebene (Budgets/ Gesamtvergütungen/ Ausgabenvolumina, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc.).



**Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 1 Buchstabe b)
§ 4 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem geltenden Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit haben die Krankenkassen so zu wirtschaften, dass Beitragssatzerhöhungen grundsätzlich ausgeschlossen sind, es sei denn die notwendige medizinische Versorgung ist ohne solche nicht mehr gewährleistet.

Die Änderungsvorschrift passt diesen Grundsatz an die Bedingungen der geänderten Kompetenz zur Bestimmung des Beitragssatzes an. Künftig soll sich der Grundsatz auf Beitragserhöhungen im Sinne des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V beziehen.

B. Stellungnahme

Die Änderungsvorschrift wird als Folgeänderung zur Änderung des Rechts zur Bestimmung des Beitragssatzes abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu § 241 SGB V wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe b) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 1a **§ 4a SGB V neu (Sonderregelungen zum Verwaltungsverfahren)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderungsvorschrift wird mit § 4a SGB V eine neue Norm zum Verwaltungsverfahren der Krankenkassen in die Allgemeinen Vorschriften des Ersten Kapitels eingefügt. Nach dieser Vorschrift sollen mögliche Abweichungen von den Regelungen des Verwaltungsverfahrens, die den Risikostrukturausgleich, die hierfür notwendigen Datenerhebungen sowie den Risikopool betreffen, durch landesrechtliche Eingriffe ausgeschlossen.

B. Stellungnahme

In der Begründung wird ausgeführt, dass das Bundesversicherungsamt für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs und des Risikopools in sehr kurzer Zeit große Datenmengen zu verarbeiten hat. Hierfür sei es erforderlich, dass diese Daten von allen Krankenkassen zum gleichen Zeitpunkt, in der gleichen Qualität und technischen Aufbereitung übermittelt werden.

Um erhebliche Störungen der Abläufe beim Bundesversicherungsamt durch - infolge der Föderalismusreform grundsätzlich mögliche - landesrechtliche Abweichungen von den vorgegebenen Verfahren zu vermeiden, werden sachgerechter Weise landesrechtliche Änderungen gesetzlich ausgeschlossen.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)
§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der
Rentner)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Neuformulierung der Rechtsvorschrift; Anpassung an die durch Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 15.3.2000 vorgegebene Rechtslage, nach der auch Zeiten einer freiwilligen Versicherung auf die Vorversicherungszeit in der KVdR anzurechnen sind.

B. Stellungnahme

Die allein rechtstechnische Anpassung der Vorschrift wird mit Blick auf die im Allgemeinen geltende Normenklarheit für sinnvoll erachtet.

Allerdings wird die Vorversicherungszeit durch die Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte entwertet. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b)

§ 5 Abs. 5a SGB V (Ausschluss der Versicherungspflicht bestimmter Bezieher von Arbeitslosengeld II)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bezieher von Arbeitslosengeld II sind dann nicht versicherungspflichtig, wenn sie unmittelbar vor dem Bezug dieser Leistung

- privat krankenversichert waren oder
- weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und zu den hauptberuflich selbstständig Tätigen zählen oder zu den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten versicherungsfreien Personen gehören (z.B. Beamte) oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch das GKV-WSG. Da die privaten Krankenversicherungen künftig einen Basistarif im Umfang des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen anbieten müssen, die privat krankenversichert sind oder sein können, wäre es nicht sachgerecht, Arbeitslosengeld II-Bezieher auch dann in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist.

Damit wird eine seit der Einführung des Arbeitslosengeldes II von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beanstandete systemwidrige Lücke beseitigt.

Die Regelung wird deshalb ausdrücklich begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c)
§ 5 Abs. 8a SGB V (Versicherungskonkurrenz bei Versicherungspflicht nach § 5
Abs. 1 Nr. 13 SGB V)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Regelung der Versicherungskonkurrenz für nichtversicherte Personen.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V soll allen anderen Versicherungsstatbeständen (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) gegenüber nachrangig sein. Die Versicherungspflicht nach dieser Vorschrift soll auch dann nicht eintreten, wenn der Betreffende Sozialhilfe oder laufende Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz erhält.

B. Stellungnahme

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c wird gestrichen.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber die Versicherungspflicht vorsieht, ist Artikel 1 Nr. 2 beizubehalten.



Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe d)

§ 5 Abs. 11 SGB V (Versicherungspflicht von Ausländern oder Asylbewerbern bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung konkretisiert die Versicherungspflicht von Ausländern, die nicht Angehörige der EU oder eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz sind, sofern diese nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig würden.

B. Stellungnahme

Folgeregelung zur Einführung einer Versicherungspflicht für Nichtversicherte.

Die Regelung zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begegnet erheblichen Bedenken (vgl. die entsprechende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc). Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe d) wird gestrichen.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, ist Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe d) beizubehalten.



Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) § 5 Abs. 1 Nr. 13 (neu) SGB V (Versicherung der Nichtversicherten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Vorschrift führt für Personen, die für den Krankheitsfall nicht über Versicherungsschutz verfügen und nicht anderweitig abgesichert sind (Nichtversicherte), die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung ein.

B. Stellungnahme

1. Grundsätzliches

Der politische Ansatz, allen Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, zu einem Versicherungsschutz zu verhelfen, ist sozial- und gesellschaftspolitisch durchaus sinnvoll. Der gewählte Lösungsansatz, diesen Personen durch eine Pflichtversicherung diesen Versicherungsschutz zu garantieren, ist aber mit der bestehenden Systematik der Versicherungspflicht nach Personengruppen und insbesondere mit dem Recht der freiwilligen Versicherung nicht zu vereinbaren.

Dadurch wird das bisherige Versicherungsprinzip als das die GKV gestaltende Grundfundament zu Gunsten von Elementen staatlicher Versorgung ausgehöhlt. Im Kern handelt es sich um einen neuen "Verschiebepbahnhof". Der GKV werden nun diejenigen Risikolasten zugewiesen, die bislang im Wesentlichen dem Fürsorgesystem der staatlichen und damit gesamtgesellschaftlich getragenen Sozialhilfe zugeordnet sind.

Die vollständige Durchsetzung einer Versicherungspflicht für die Gruppe der Nichtversicherten ist nicht sichergestellt. Es fehlen nicht nur die typischerweise bei einer Versicherungspflicht zur Meldung und Beitragszahlung "Indienstgenommenen" (z.B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, sonstige Einrichtungen und Leistungsträger); es mangelt auch an der hinreichenden Bestimmtheit des versicherten Personenkreises. Der mit der Feststellung und Durchführung einer derartigen Versicherungspflicht verbundene Aufwand für die Krankenkassen ist nicht zu vertreten. Aus diesem Grunde hat der Gesetzgeber seinerzeit auch von der vollständigen Vorsorgepflicht aller Bürger hinsichtlich des Pflegefallrisikos abgesehen (vgl. hierzu Entwurf eines Pflege-Versicherungsgesetzes, Bundestags-Drucksache 12/5262, Teil B Begründung zum Dritten Kapitel - Versicherungspflichtiger Personenkreis). Dies ist verfassungsrechtlich nicht beanstandet worden. Das Ziel einer möglichst praktikablen Umsetzung des Gesetzes, die aufwändige Feststellungsverfahren zur Ermittlung der Versicherungspflichtigen vermeidet, rechtfertigt es, dass nicht alle Personen der Versicherungspflicht unterworfen werden (vgl. Urteil des BVerfG vom 3.4.2001 – 1 BvR 81/98 – USK 2001-3).

2. Systemwidrigkeit insbesondere im Verhältnis zur freiwilligen Versicherung



Die systemwidrige Regelung wird besonders im Verhältnis zu § 9 SGB V (freiwilliger Beitritt, freiwillige Weiterversicherung) deutlich.

Die Regelungen des § 9 SGB V werden ausgehöhlt. Während für die Begründung einer freiwilligen Versicherung im Anschluss an eine Pflichtversicherung oder im Anschluss an eine Familienversicherung die Erfüllung einer Vorversicherungszeit verlangt wird, ist dies für den Eintritt von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht erforderlich. Damit wird auch die Vorrangregelung des § 5 Abs. 8a SGB V, wonach eine freiwillige Versicherung der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorgeht, weitgehend entwertet.

Lässt ein bisher Pflicht- oder Familienversicherter die Dreimonatsfrist für den freiwilligen Beitritt verstreichen, muss die bisherige Krankenkasse (vgl. § 174 Abs. 4 SGB V) eine Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründen.

Des Weiteren entwertet sie auch die Altersgrenze für den Beitritt von schwerbehinderten Menschen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und die Notwendigkeit, eine Vorversicherungszeit zu erfüllen. Das gilt auch für § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V soweit Zeiten des unrechtmäßigen Bezugs von Arbeitslosengeld II nicht als Vorversicherungszeit anzurechnen sind.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V stellt auch die Regelungen über eine Vorversicherungszeit für den Zugang zur KVdR infrage. Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchst.a) Doppelbuchst. aa), § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V.

Sachgerechterweise käme allein die Gewährung eines Beitrittsrechts in Betracht. Der Beitritt setzt einen Antrag/eine Meldung der zu versichernden Person voraus. Ein solcher ist für die Führung des Versichertenverzeichnisses zwingend erforderlich. Da die Beitragsregelungen für freiwillige Mitglieder ohnehin übernommen werden sollen (§ 227 SGB V), wären besondere Folgeregelungen im Beitragsrecht entbehrlich.

Neue Personengruppen mit ungünstiger Risikostruktur können in den versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Personenkreis nur mit Ausgaben deckenden Beiträgen oder einer entsprechend kostendeckenden Aufstockung der steuerfinanzierten Bundesmittel aufgenommen werden. Versicherungssystematisch ist die Einräumung eines Beitrittsrechts zur freiwilligen Krankenversicherung vorzuziehen. Vorbildcharakter könnte die Regelung in § 26a Abs. 3 SGB XI (Versicherungsberechtigung zur Pflegeversicherung für Personen, die keinen versicherungspflichtigen Tatbestand erfüllen) haben.

Für Personen, die selbst nicht in der Lage sind, den Beitrag zu zahlen, muss eine ergänzende Regelung sicherstellen, dass die Beiträge entweder vom Träger der Sozialhilfe oder vom Träger der Grundsicherung (je nachdem, ob das Mitglied dem Kreis der Erwerbstätigen oder Nichterwerbstätigen zuzuordnen ist) übernommen werden. Das Beitragsausfallri



siko, das bei diesen Personen erheblich höher ist als bei den sonstigen Versicherten, kann nicht auf die Versichertengemeinschaft abgewälzt werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 2 Buchst. a) Doppelbuchst. bb) und cc) werden gestrichen.

Stattdessen wird Artikel 1 Nr. 5 wie folgt gefasst:

5. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nr. 3 wird gestrichen

bb) in Nr. 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern werden angefügt:

„9 Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen, keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

10. Personen, mit Wohnsitz im Inland, die keinen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen, wenn sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren und keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nr. 3 wird gestrichen.

bb) in Nr. 5 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern werden angefügt:

„6. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 9 nach Wohnsitznahme im Inland,

7. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 10 nach Wegfall der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des anderweitigen Krankenversicherungsschutzes; soweit die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 10 genannten Personen am 31.3.2007 nicht gesetzlich versichert waren, ist der Beitritt innerhalb von sechs Monaten zu erklären“.

Die Regelung der Nr. 6 bewirkt, dass die Versicherungsberechtigten innerhalb von drei Monaten nach der Wohnsitznahme im Inland der beitreten können.



Die Bestimmung der 7 hat zur Folge, dass die Versicherungsberechtigten innerhalb von drei Monaten nach dem Wegfall des Versicherungsschutzes der gesetzlichen Krankenversicherung beitreten können; für Personen, die am 31.3.2007 nicht versichert sind, gilt im Rahmen einer Übergangsregelung eine Beitrittsfrist von sechs Monaten. Das ist eine ausreichende Übergangsfrist, um den am diesem Tag Nichtversicherten nun eine Beitrittsmöglichkeit einzuräumen.

Mit diesen Bestimmungen werden die gesamten Regelungen, die wegen der Einführung einer Versicherungspflicht für Nichtversicherte noch erforderlich wären, hinfällig. Dazu gehören:

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 (Artikel 1 Nr. 2 Buchst. a) Doppelbuchst. bb) und cc), § 5 Abs. 8a (Artikel 1 Nr. 2 Buchst. c), § 5 Abs. 11 (Artikel 1 Nr. 2 Buchst. d), § 6 Abs. 3a Satz 4 soweit dort auf § 5 Abs. 1 Nr. 13 Bezug genommen wird (Artikel 1 Nr. 3 Buchst. b), § 174 Abs. 4 (Artikel 1 Nr. 134 Buchst. b), § 186 Abs. 11 (Artikel 1 Nr. 137), § 190 Abs. 13 (Artikel 1 Nr. 138 Buchst. b), § 191 (Artikel 1 Nr. 139), § 227 (Artikel 1 Nr. 154), § 249 Abs. 1 (Artikel 1 Nr. 167 und Artikel 2 Nr. 29c), § 250 Abs. 3 (Artikel 1 Nr. 169 Buchst. b), § 24 Abs. 1a SGB IV (Artikel 4 Nr. 1a), § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI (Artikel 8 Nr. 6), § 49 SGB XI (Artikel 8 Nr. 22), §§ 55 bis 59 SGB XI (Artikel 8 Nr. 26 bis 29), § 32 SGB XII (Artikel 10),



**Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a), c) und e)
§ 6 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 4 und 9 SGB V (Versicherungsfreiheit)**

**Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a), c) und e)
§ 6 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 4 und 9 SGB V (Versicherungsfreiheit)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht sind Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (= Versicherungspflichtgrenze) übersteigt, versicherungsfrei. Künftig soll Versicherungsfreiheit erst nach dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze eintreten.

Für Seeleute gilt die Regelung über die Versicherungsfreiheit nicht, sie sind auch bei einem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungspflichtig. Diese Ausnahmeregelung soll entfallen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zur Sicherung der finanziellen Stabilität und damit zur Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne einer Abgrenzung des Mitgliederkreises zur privaten Krankenversicherung zu begrüßen. Allein an der bestehenden Ausnahmeregelung für Seeleute sollte festgehalten werden. Hierzu wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 136 (§ 176 SGB V) verwiesen.

Die Neuregelung bezieht zunächst alle Arbeitnehmer - auch die von Beginn der Beschäftigung an so genannten "Höherverdienenden" - in den ersten drei Jahren in die Versicherungspflicht ein. In dieser Zeit kommt ein Ausscheiden aus der GKV nicht in Betracht. Die Änderung schiebt ferner das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze durch Entgelterhöhung im Laufe eines Beschäftigungsverhältnisses auf bis zu drei Jahre hinaus.

Die Regelung ist mit einer „echten Rückwirkung“ ausgestattet (vgl. hierzu die Inkrafttretens-Vorschriften). Das bedeutet, dass Arbeitnehmer, die nach dem 04.07.2006 eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen haben bzw. aufnehmen und bei denen zunächst (auf der Grundlage des heute geltenden Rechts) Versicherungsfreiheit angenommen wurde bzw. wird, nach Verkündung des GKV-WSG die Versicherungsfreiheit zugunsten der Versicherungspflicht zu korrigieren ist, wenn nicht bereits zum Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahme in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten war.



Die Arbeitnehmer, die am 04.07.2006 privat krankenversichert waren, bleiben aufgrund der Bestandsschutzregelung in § 6 Abs. 9 SGB V versicherungsfrei.

Durch diese Regelung wird die PKV erheblich begünstigt. Es bleiben sämtliche PKV-Versicherten versicherungsfrei, die am Tag der 1. Lesung in einer PKV-Vollversicherung versichert waren. Ferner bleiben die Personen versicherungsfrei, die vor diesem Tag gesetzlich versichert waren, ihre Mitgliedschaft kündigten, um in die PKV zu wechseln. Das können auch diejenigen sein, die in Erwartung, dass sie zum 31.12.2006 nach den alten Bedingungen aus der Versicherungspflicht ausscheiden werden, die Mitgliedschaft gekündigt haben.

Es handelt sich - ungeachtet der Formulierungen in der Gesetzesbegründung - um eine Befreiung auf Dauer für das gesamte Versicherungsleben. Selbst bei einer künftigen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird dieser Personenkreis nicht mehr versicherungspflichtig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

"In Absatz 1 Nr. 1 wird das Wort "übersteigt" durch die Wörter "in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat" ersetzt."

Die Befreiungsregelung nach § 6 Abs. 9 SGB V darf nicht als Dauerbefreiung ausgelegt sein. Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe e) sollte deshalb wie folgt gefasst werden:

Nach Absatz 8 wird folgender Absatz angefügt:

"(9) Für Arbeiter und Angestellte, die am 4. Juli 2006 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, gilt für die Dauer des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Beschäftigungsverhältnisses § 6 Abs. 1 Nr. 1 in der bis zum 3. Juli 2006 geltenden Fassung."



Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b) § 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V (Versicherungsfreiheit)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Aufhebung der besonderen Regelung, nach der die absolute Versicherungsfreiheit von über 55-jährigen Personen ohne ausreichende gesetzliche Vorversicherungszeit bei Eintritt von Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II nicht gilt.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen. Sie dient der erforderlichen System- und Risikoabgrenzung zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Sie steht in engem Zusammenhang mit der Neuregelung des § 5 Abs. 5a SGB V. Da Bezieher von Arbeitslosengeld II, die zuletzt privat krankenversichert waren oder die nicht versichert waren und zu dem Personenkreis der hauptberuflich Selbständigen oder Versicherungsfreien (z.B. Beamte) gehörten, künftig nicht mehr aufgrund des Leistungsbezugs krankenversicherungspflichtig werden, ist auch die bisherige Ausnahme von der Regelung über die absolute Versicherungsfreiheit von über 55-jährigen Personen ohne ausreichende GKV-Vorversicherung entbehrlich.

Soweit an Stelle der Arbeitslosengeld II-Leistungsbezieher nunmehr eine Ausnahme für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherten geschaffen werden soll, wird auf die Stellungnahme zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b) wird gestrichen.

Wenn der Gesetzgeber an der Versicherungspflicht festhält, soll ist Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b) beizubehalten.



Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe d), § 6 Abs. 5 SGB V (keine Jahresarbeitsentgeltgrenze bei knappschaftlicher Krankenversicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Sonderregelung des § 6 Abs. 5 SGB V, nach der die Knappschaft durch Satzungsregelung bestimmen kann, dass für knappschaftlich Beschäftigte die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht gilt, soll aufgehoben werden.

B. Stellungnahme

Durch die Aufhebung des § 6 Abs. 5 SGB V können knappschaftlich Beschäftigte künftig wie die übrigen Arbeitnehmer bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (= Versicherungspflichtgrenze) aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden und in die private Krankenversicherung wechseln.

Für das Ausscheiden werden die neuen Kriterien (dreimaliges Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze) gelten. Gegen den Wegfall der Ausnahmeregelung bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 1 Nr. 4

§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V (Befreiung von der Versicherungspflicht)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wegfall des Befreiungsrechts von der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

B. Stellungnahme

Der Wegfall des Befreiungsrechts von der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist angesichts der mit der Neuregelung des § 5 Abs. 5a SGB V wirksam werdenden System- und Risikoabgrenzung zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung konsequent.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 1 Nr. 5

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. 2 Nr. 3 SGB V (Freiwillige Versicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wegfall des Beitrittsrechts zur freiwilligen Krankenversicherung für höherverdienende Berufsanfänger.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuregelung in § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, nach der Versicherungsfreiheit erst bei dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze eintritt. Da künftig bei Aufnahme einer Beschäftigung zunächst mehr als 12 Monate Versicherungspflicht besteht und damit die Voraussetzungen der Weiterversicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfüllt sind, ist ein eigenständiges Beitrittsrecht nicht mehr erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 1 Nr. 6
§ 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V (Familienversicherung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht legen die Spitzenverbände der Krankenkassen die für die Meldung der Familienversicherten erforderlichen einheitlichen Verfahrensgrundsätze und Meldevordrucke fest. Die Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang dieser Kompetenz im Rahmen der Familienversicherung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 6 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe a) § 11 Abs. 4 SGB V (Versorgungsmanagement)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Den Versicherten wird ausdrücklich ein Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege) eingeräumt. Hierzu haben primär die betroffenen Leistungserbringer für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen und sich die hierzu erforderlichen Informationen zu übermitteln. Bei der Erfüllung dieser Aufgaben sind sie von den Krankenkassen zu unterstützen. Die Umsetzung soll auf vertraglicher Ebene mit den Leistungserbringern geregelt werden.

B. Stellungnahme

Das durch das GMG initiierte stärkere wettbewerblich orientierte Handeln und Gestalten der Krankenkassen bei der Versorgung der Versicherten wird mit dem jetzt postulierten Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement insofern wieder ausgehebelt, als der primäre Handlungsauftrag an die Leistungserbringer gerichtet ist. Den Krankenkassen wird lediglich eine unterstützende Beteiligung zugewiesen. Die Vorschrift sollte insofern umformuliert werden, als Krankenkassen und Leistungserbringer gemeinsam zu einem zielgerichteten, versorgungsbedarfsorientierten Management verpflichtet werden.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe a) werden die Sätze „Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen.“ durch die Sätze „Die Krankenkassen und die betroffenen Leistungserbringer sorgen gemeinsam für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten. Die Leistungserbringer übermitteln sich hierzu gegenseitig und den Krankenkassen die erforderlichen Informationen.“ ersetzt.



Artikel 1 Nr.8 **§ 13 Abs. 2 SGB V (Wahl der Kostenerstattung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit der Kostenerstattung soll flexibler gestaltet werden. So sollen Versicherte vor jeder Behandlung entscheiden können, ob sie an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen wollen. Die bisherige Bindung auf sämtliche - zumindest ambulanten - Leistungen entfällt. Zum anderen wird eine ausdrückliche vorherige

- Wahl gegenüber der Krankenkasse,
- Beratung durch die Krankenkasse und
- anschließende Bindung an eine Mindestlaufzeit von bisher 1 Jahr

nicht mehr gefordert.

Der Spitzenverband Bund hat bis 31. März 2009 über die Erfahrungen mit dieser Neuregelung dem Deutschen Bundestag zu berichten.

B. Stellungnahme

Die Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens soll insofern flexibilisiert werden, als Versicherten vor jeder Behandlung die Entscheidung freigestellt wird, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen wollen. Der Spitzenverband Bund hat über die Erfahrungen mit dieser Neuregelung bis zum 31.03.2009 dem Deutschen Bundestag zu berichten.

Die Flexibilisierung und Ausweitung der Kostenerstattung höhlt das bewährte Sachleistungsprinzip aus, welches die Versicherten vor finanziellen Vorleistungen und finanzieller Überforderung schützt. Insbesondere die Möglichkeit, in jedem einzelnen Behandlungsfall anstelle der Sachleistung Kostenerstattung zu wählen, wird von den Spitzenverbänden abgelehnt. Nach den bisherigen Erfahrungen wird dies dazu führen, dass Leistungserbringer - ihren Einkommensinteressen folgend - vermehrt Druck auf ihre Patienten ausüben, Kostenerstattung zu wählen. So könnte etwa die Vergabe von zeitnahen Terminen beim Facharzt bei gesetzlich Versicherten von einer "ausnahmsweisen" Wahl der Kostenerstattung abhängig gemacht werden.

Für die Versicherten, die bei Wahl der Kostenerstattung zusätzlich in ein privatrechtliches Vertragsverhältnis zu ihrem Behandler geraten, wird es sehr schwierig zu differenzieren, welche medizinischen Leistungen im einzelnen noch gesetzliche Leistungen und welche rein private Leistungen sind, z. B. die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen. Neben dem Umstand, dass sie in der Regel höhere Rechnungen erhalten als ihre Krankenkasse erstatten kann, tragen sie also das Risiko, dass für bestimmte Leistungen über



haupt keine Erstattung erfolgt. Zum Schutz der Versicherten sollte die Regelung also mindestens mit einer vorangehenden Aufklärungspflicht der Krankenkassen verknüpft bleiben.

Insgesamt führt eine Ausdehnung der Kostenerstattung zu steigendem Verwaltungsaufwand (keine KV-Abrechnung, Anrechnung auf Gesamtvergütung usw.) und zu Schwierigkeiten bei allen qualitäts- und kostensteuernden Regelungen auf Kollektivvertragsebene (Budgets/ Gesamtvergütungen/ Ausgabenvolumina, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc.).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 8 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 9 **§ 15 SGB V (Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen (z.B. Lichtbild) durch weitere geeignete Maßnahmen dem Kartenmissbrauch entgegenzuwirken (z.B. tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen über den Verlust von Karten, Beendigung des Versicherungsschutzes, Änderung beim Zuzahlungsstatus).

B. Stellungnahme

Die Änderung hat im Hinblick auf die zu erwartende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte Übergangscharakter. Die Einführung zusätzlicher EDV-gestützter Maßnahmen bindet personelle und finanzielle Ressourcen bei den Krankenkassen, die besser in die Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte einfließen sollten. Unklar ist auch, wie groß der Aufwand für die Krankenkassen in administrativer (tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen) Hinsicht ist, wobei Krankenkassen auch nur die Informationen bereitstellen können, über die sie aktuell verfügen (Stichwort: 6-wöchige Abmeldefrist von Arbeitnehmern). Letztlich ist fraglich, ob Aufwand und Nutzen im Verhältnis stehen. Im Übrigen müsste die Einführung einer solchen Lösung sicherlich auch datenschutzrechtlichen Anforderungen genügen.

Die Verpflichtung der Krankenkassen zu Übergangsmaßnahmen gegen Kartenmissbrauch vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist überflüssig; die Investitionsentscheidung in spezielle Maßnahmen sollte wie bisher den einzelnen Krankenkassen überlassen bleiben.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 9 wird gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



**Artikel 1
Nr. 10**

Im Dritten Kapitel wird die Überschrift „Dritter Abschnitt“ neu gefasst.



Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe a) § 20 Abs. 1 SGB V (Primärprävention)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Unterschied zum geltenden Recht in § 20 Abs. 1 SGB V wird nunmehr die Beschlussfassung hinsichtlich prioritärer Handlungsfelder und Kriterien über Leistungen zur primären Prävention von den "Spitzenverbänden der Krankenkassen" auf den "Spitzenverband Bund der Krankenkassen" übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich ist keine Übertragung der Aufgabe auf einen zentralen Spitzenverband Bund der Krankenkassen erforderlich, da die gemeinsame und einheitliche Definition von Handlungsfeldern und Kriterien sowie die begleitende Qualitätssicherung durch die GKV-Spitzenverbände in der Praxis gut funktioniert. Die Regelung wird abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe a) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 11 Buchstabe b)
§ 20 Abs. 2 SGB V (Primärprävention)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Soll-Betrag für Leistungen der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (bisher in § 20 Abs. 3 SGB V) wird auf dem derzeitigen Stand (2,74 Euro pro Versicherten und Jahr in 2006) bestätigt; der Betrag wird anhand der auch bisher bereits geltenden Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V fortgeschrieben.

B. Stellungnahme

Die Norm beinhaltet keine inhaltliche Änderung zum gegenwärtigen Recht. Die Regelung ist akzeptabel.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 12

§ 20a Abs. 1 SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden im Unterschied zum geltenden Recht in § 20 Abs. 2 SGB V von einer Kann- zu einer Pflichtleistung. Als Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung wird die Erhebung der gesundheitlichen Situation in einem Betrieb (einschließlich Risiken und Potentialen) sowie die Entwicklung von Vorschlägen zu deren Verbesserung angegeben. Die Geltung des GKV-Leitfadens Prävention (gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder) bleibt auch für die betriebliche Gesundheitsförderung erhalten.

B. Stellungnahme

Die Regelung der betrieblichen Gesundheitsförderung in einer eigenen Rechtsnorm ist sachgerecht. Damit wird ihr gestiegener Stellenwert bestätigt.

Die Zielformulierung betrieblicher Gesundheitsförderung als Erhebung der gesundheitlichen Situation und die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen ist unvollständig: Die aufgeführten Aufgaben sind eher Voraussetzungen einer erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsförderung. Unverzichtbarer Bestandteil der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind auch die Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der MitarbeiterInnen des Betriebes. Die Krankenkassen sollten die geeigneten Maßnahmen (z.B. Durchführung von Schulungen, Beratungen, Seminaren) unbeschadet der Zuständigkeiten anderer Akteure (Arbeitgeber und Unfallversicherungsträger) auch selbst durchführen dürfen.

Die Aufwertung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu einer Pflichtleistung könnte, da die Primärprävention weiterhin als Soll-Leistung ausgestaltet ist und für beide Leistungen eine gemeinsame finanzielle Budgetvorgabe gilt, zu einer asymmetrischen Verteilung der für beide Leistungsarten zur Verfügung stehenden Mittel zugunsten der betrieblichen Gesundheitsförderung führen. Um dem vorzubeugen, sind beide Normen (§ 20 Abs. 1 sowie § 20 a Abs. 1 SGB V) mit der gleichen Rechtsqualität - entweder als Soll- oder als Pflichtleistung - zu versehen.

C. Änderungsvorschlag

§ 20a Abs. 1 SGB V sollte wie folgt gefasst werden: "Die Krankenkassen erbringen *unbeschadet der Aufgaben und Zuständigkeiten anderer Verantwortlicher* Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), *die die gesundheitliche Situation der in dem Betrieb beschäftigten Mitarbeiter verbessern. Dazu haben sie unter Beteiligung der Versicherten ...*"



Artikel 1 Nr. 12 § 20a Abs. 2 SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet die Krankenkassen zur Kooperation mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger und stellt keine Änderung zur jetzigen Rechtslage in § 20 Abs. 2 SGB V dar. Neu ist die explizite Erwähnung unterschiedlicher Möglichkeiten der Aufgabendelegation auf andere Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften. Darüber hinaus ist eine Soll-Bestimmung zur Zusammenarbeit von Krankenkassen untereinander im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorgesehen.

B. Stellungnahme

Der Auftrag zur Zusammenarbeit mit anderen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist als Regel formuliert, von der Ausnahmen möglich sein sollen. Dies ist akzeptabel. Ein genereller Zwang zu einem kassenartenübergreifenden Vorgehen wäre kontraproduktiv, da sich Krankenkassen z.B. in Kleinbetrieben vor dem Start entsprechender Maßnahmen sonst erst mit anderen Krankenkassen abstimmen müssten. Dies würde die Umsetzung von Maßnahmen erheblich erschweren.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 12

§ 20b SGB V (Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm wird die bereits jetzt in § 20 Abs. 2 SGB V enthaltene Verpflichtung der Krankenkassen zur Unterstützung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bestätigt. Neu ist, dass in Abs. 2 nunmehr eine Aufforderung (Soll-Bestimmung) zur Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen statuiert wird.

B. Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 12

§ 20c SGB V (Förderung der Selbsthilfe)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

Die Krankenkassen und ihre Verbände werden zur Selbsthilfeförderung in einem festen Umfang verpflichtet.

Es wird klar gestellt, dass nur Selbsthilfekontaktstellen, die themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend ausgerichtet sind, gefördert werden.

Absatz 2:

Die Gleichrangigkeit von pauschaler und Projektförderung ist vorgesehen.

Absatz 3:

Die Förderhöhe wird auf 0,55 € festgelegt (2006) und ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V anzupassen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mindestens 50 % der Fördermittel in eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung einzubringen. Die übrigen 50 % der Fördermittel verbleiben den Krankenkassen für eigene Förderaktivitäten und zielgruppenspezifische Schwerpunktsetzungen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen und ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen unter Berücksichtigung der gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze nach Absatz 2 Satz 1 und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Sofern die Krankenkassen die ihnen verbleibenden 50 % der Fördermittel nicht ausschöpfen, sind diese Mittel im Folgejahr der Gemeinschaftsförderung zuzuführen.

Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen.

Gesetzesbegründung:

Die Gesetzesbegründung sieht im 2. Absatz, letzter Satz vor, dass zu dem förderfähigen Selbsthilfeengagement auch die Wahrnehmung von Aufgaben der Patientenbeteiligung in den Steuerungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung auf den jeweiligen Ebenen gehört.

B. Stellungnahme

Zu Absatz 1:



Die Krankenkassen fördern bereits seit Jahren Selbsthilfegruppen auf der regionalen/örtlichen Ebene, Selbsthilfeorganisationen auf der Bundes- und Landesebene und die Selbsthilfekontaktstellen und haben ihre Fördermittel in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht.

Die Klarstellung der Ausrichtung der Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen wird begrüßt.

Zu Absatz 2:

Die Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen sollte aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenverteilung zwischen den Förderebenen bei den Krankenkassen und ihren Verbänden in der Entscheidungshoheit der jeweiligen Kassensysteme verbleiben.

Die Gleichrangigkeit von pauschaler und Projektförderung ist zielführend.

Zu Absatz 3:

Die Förderhöhe von 0,55 € je Versicherten und die Anpassung in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V wird für ausreichend gehalten. Jedoch ist weder durch wissenschaftliche Untersuchungen noch durch die Erfahrungen aus der Förderpraxis der vergangenen Jahre belegt, welches die tatsächlichen Bedarfe der Selbsthilfe auf den jeweiligen Förderebenen sind. Insbesondere auf der regionalen/örtlichen Ebene wurden die von den Krankenkassen bereitgestellten Fördermittel nur unzureichend ausgeschöpft.

Die Regelung zur kassenartenübergreifender Gemeinschaftsförderung sind sowohl für die Krankenkassen als auch für die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit einem höheren Verwaltungsaufwand verbunden. Die Sicherstellung der Verausgabung der Fördermittel erfolgt bereits durch die verpflichtende Regelung zur Förderung in Absatz 1. Die Neuregelung ist daher nicht zielführend und wird abgelehnt.

Die Regelung zur Mittelaufbringung auf der Landesebene und in den Regionen nach dem Wohnort der Versicherten ist zielführend.

Gesetzesbegründung:

Die Patientenbeteiligung in den Steuerungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung war politisch gewollt. Deshalb ist die Schaffung entsprechender Voraussetzungen auf Seiten der Patientenvertretungen nicht über die Fördermittel des § 20c SGB V zu finanzieren. Dieser zusätzliche Einsatz von Fördermitteln für Verbandsfunktionäre der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen entzieht der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe Fördermittel und schwächt die intendierte Stärkung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Bereits durch ihre pauschale Förderung, u.a. von Bundes- und Landesorganisationen der Selbsthilfe sowie der Selbsthilfekontaktstellen, tragen die gesetzlichen Krankenkassen zu einer Stabilisierung der Selbsthilfestrukturen und -einrichtungen bei.



C. Änderungsvorschlag

Zu Absatz 1:
Keiner

Zu Absatz 2:
Der Halbsatz „... und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche“ ist zu streichen.

Zu Absatz 3:
Die Sätze 3 bis 5 sind zu streichen.

Gesetzesbegründung § 20c (Förderung der Selbsthilfe):
Absatz 2 letzter Satz ist zu streichen.



Artikel 1 Nr. 12

§ 20d SGB V (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Leistungskatalog soll auf sämtliche Impfungen, bei Einschleppungsgefahr auch auf Reise-Impfungen erweitert werden. Die Voraussetzungen und der Leistungsumfang sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (erstmalig bis 30. Juni 2007, sonst innerhalb von 3 Monaten nach STIKO-Veröffentlichung) per Richtlinie konkretisiert werden.

B. Stellungnahme

Die gesamte Impfvorsorge, die bisher auf Öffentlichem Gesundheitsdienst - ÖGD (Seuchenschutz), Arbeitgeber (Arbeitsschutz), Krankenkassen (freiwillige Satzungsleistung) und Versicherte (Reise-Eigenverantwortung) verteilt ist, soll nun auf Krankenkassen abgewälzt werden. Durchimpfraten lassen sich nicht durch eine Aufwertung zu einer Pflichtleistung, sondern nur über datengestützte Recall-Systeme erreichen. Die STIKO steht in guter Verbindung zur Industrie. Teils mussten Empfehlungen wegen nachträglich erkannter Risiken zurückgenommen werden.

Die Entscheidungsbefugnis für den Gemeinsamen Bundesausschuss ist sachgerecht. Die Fristen für eine Entscheidung sind jedoch zu kurz.

Ziele und Auswirkungen von Impfstrategien können derzeit nicht adäquat überwacht werden, da die Daten zur epidemiologischen Situation in Deutschland unzureichend sind. Vertragliche Regelungsversuche sind bisher fehlgeschlagen.

Die Kostenschätzung der Gesetzesvorlage (0,05 - 0,1 Mrd. Euro) bagatellisiert das Kostenrisiko. Die Impfkosten steigen jährlich in einer Größenordnung von 8 % bis 16 %. Im Jahr 2005 wurden in der GKV ca. 865 Mio. Euro aufgewendet. Bei voller Umsetzung der STIKO-Empfehlungen ist mindestens von einer Verdreifachung der Ausgaben auszugehen. Danach kommen auf die GKV Mehrkosten von rund 1,6 Mrd. Euro zu.

Schutzimpfungen sind eine öffentliche Aufgabe zum Schutz der Bevölkerung. Die gesetzliche Krankenversicherung erwartet eine Beibehaltung der bisherigen Aufgabenverteilung zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst, Arbeitgebern, Versicherten und Krankenkassen. Eine systematische Neuregelung zur nationalen Impfvorsorge ist nicht im SGB V - Krankenversicherung, sondern im angekündigten Präventionsschutzgesetz mit Anpassung des Infektionsschutzgesetzes zu treffen.

Sollte ungeachtet dieser sachlichen Einwände an der Neuregelung festgehalten werden, sind für die Unabhängigkeit der STIKO und die Transparenz ihrer Entscheidungen die Anforderungen festzulegen, wie sie für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gelten. Zur Evaluation von Impfstrategien sind geeignete Surveillance-



Systeme einzurichten bzw. bestehende zu optimieren. Dazu ist ein bundeseinheitliches (behördliches) Meldesystem zu installieren, das mit Recall-Verfahren der Krankenkassen verknüpft werden kann, um die Durchimpfungsraten wirksam zu erhöhen. Die vorgesehene Umsetzungsfrist sollte auf den 31.12.2007 verlängert werden. Die Ermächtigung der Krankenkassen, über den Festlegungsrahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses hinaus Schutzimpfungen als Satzungsleistung vorzusehen, ist zu streichen.

C. Änderungsvorschlag

- a) In Artikel 1 Nr. 12 wird § 20d gestrichen.
- b) Alternativ: Die Rechtsgrundlagen für Schutzimpfungen als Regelleistung der GKV werden rechtssystematisch im Sozialgesetzbuch, 5. Buch, sowie im Infektionsschutzgesetz angelegt.

a) In Artikel 1 Nr. 12 wird § 20d Absatz 1 wie folgt gefasst:

„(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die aus beruflichen Gründen erforderlich (Arbeitsschutz) oder aufgrund eines privaten Auslandsaufenthaltes indiziert sind. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu den zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen einen Beschluss fassen. Die erste Entscheidung soll bis zum 31.12.2007 getroffen werden. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten das Beratungsverfahren einzuleiten.“

Begründung:

Durch die Regelung werden die bisher durch Satzungsleistung geregelten Schutzimpfungen Pflichtleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei wird klargestellt, dass es sich um solche Schutzimpfungen handelt, die für den Gesundheitsschutz der gesamten Bevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsteile von Bedeutung sind, nicht jedoch um solche, die bereits durch Berufsrecht geregelt oder sonst zuständigweise von anderen Kostenträgern zu zahlen sind.

Die Frist für die erstmalige Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zu kurz. Sie soll deshalb auf den 31.12.2007 verlängert werden, damit die vorgeschriebenen Anhörungsrechte der Beteiligten in einem adäquaten und transparenten Verfahren möglich werden. Eine Regelungslücke entsteht nicht, da die bisherigen Satzungsregelungen bis zum Inkrafttreten der Entscheidung des Gemeinsamen



Bundesausschusses weiter gelten. Ebenso ist die Frist zur Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Änderung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission von drei Monaten zu kurz bemessen. Auch in diesen Fällen kann ein adäquates und transparentes Anhörungsverfahren nicht durchgeführt werden. Die vorgesehene Änderung trägt dem Anliegen Rechnung.

- b) In Artikel 1 Nr. 12 wird § 20d Absatz 2 gestrichen.

Begründung:

Durch die Streichung von Satz 1 wird klargestellt, dass der Schutz vor weiteren als in Abs. 1 geregelten übertragbaren Krankheiten nicht für Ermessensleistungen der GKV geeignet ist. Reiseimpfungen waren und sind auch weiterhin der Eigenverantwortung des Versicherten zuzuordnen.

- c) (Abs. 3 – unverändert)

- d) In Artikel 1 Nr. 12 werden in § 20d folgende Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) In den Regelungen nach § 87 sind erstmals bis zum 31.12.2007 einheitliche Leistungsziffern und Vergütungen für Impfungen getrennt nach Einzel- und Kombinationsimpfung sowie nach Grundimmunisierung und Auffrischungsimpfung zu vereinbaren.

(5) Aus den Leistungsdaten nach § 295 Abs. 2 Satz 2 haben die Krankenkassen zur Förderung von Durchimpfungsraten ein Recall-System zu etablieren. Außerdem sind die Daten in anonymisierter Form für Zwecke der Qualitätssicherung sowie zum Aufbau einer epidemiologischen Datenbank erstmals zum 01.01.2008, danach jährlich, an den Spitzenverband Bund weiterzuleiten.“

Begründung zu Absatz 4:

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu Abs. 1. Die Erfassung von Durchimpfungsraten ist ein notwendiger Bestandteil der Planung und Evaluation von Impfempfehlungen. Dazu ist es notwendig, ein bundeseinheitliches Abrechnungsverfahren mit aussagefähigen Leistungsziffern nach § 87 zu implementieren. Zur Vermeidung von Regelungslücken sind die Leistungsziffern zeitgleich zum Inkrafttreten der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 31.12.2007 zu vereinbaren.

Begründung zu Absatz 5:

Die immer wieder propagierte und geforderte Erhöhung der Durchimpfungsraten wird durch die Übernahme von Schutzimpfungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erreicht. Ausbrüche, wie z. B. der Masern-Ausbruch in Nordrhein-Westfalen, lassen sich auch als Pflichtleistung nicht verhindern. Die GKV übernimmt seit langem die Kosten für die Impfung gegen Masern als Satzungsleistung. Das hier auftretende Problem ist das Nichtwahrnehmen der notwendigen zweiten Masern-Impfung. Dies lässt sich jedoch nicht mit einer Pflichtleistung



beheben, sondern nur mit einem entsprechend gestaltetem Erinnerungssystem. Hierfür werden die fachlichen und rechtlichen Voraussetzungen geschaffen.

Die epidemiologische Datenlage in Deutschland ist im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern lückenhaft. Aussagefähige Daten sind jedoch notwendige Bestandteile der Planung und Evaluation von Impfeempfehlungen. Sie bilden die Voraussetzung für die Implementierung von Impfprogrammen zur Bekämpfung von impfpräventablen Erkrankungen.

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission stützen sich zum einen auf die Erhebung des Impfstatus bei Schuleintritt bzw. auf Ergebnisse im Rahmen der Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED) auf der Basis von ca. 1.000 Präsenzpraxen sowie auf epidemiologischen Daten anderer Länder.

Daten insbesondere aus den USA oder den nordischen Ländern lassen sich jedoch nicht auf die epidemiologischen Gegebenheiten in Deutschland übertragen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten nach § 295 durch die gesetzliche Krankenversicherung ist auf das erforderliche Maß begrenzt und zweckgebunden. Befragungen haben ergeben, dass Versicherte es begrüßen, durch ihre Krankenkasse an fällige Impfungen erinnert zu werden. Insofern kann von einer hohen Akzeptanz der anonymisierten und zweckgebundenen Datenweitergabe in der Bevölkerung ausgegangen werden. Nicht zuletzt dient eine solche Datenauswertung dem aktiven Gesundheitsschutz der Bevölkerung und somit der Verwirklichung politischer Gesundheitsziele. Die Vorschrift schafft hierfür die entsprechenden Voraussetzungen. Die Daten können für epidemiologische Analysen an das RKI, die obersten Landesgesundheitsbehörden sowie das BMG übermittelt werden.

Notwendige Folgeänderungen zu § 295 – Abrechnung ärztlicher Leistungen

In Artikel 1 Nr. 198 wird nach Buchstabe b) eingefügt:

- c) Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Die Abrechnung der Vergütung von Impfleistungen nach § 20d erfolgt gesondert. Dazu übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen die Daten im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern den Krankenkassen für jedes Quartal für jeden Impffall nach Maßgabe der Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 bis 8.“
- d) Die bisherigen Sätze 2 bis 5 werden die Sätze 4 bis 7.

In Artikel 1 Nr. 198 werden die bisherigen Rechtsänderungen nach Buchstaben c) und d) zu Buchstaben e) und f).

Begründung:



Die Regelung schafft die Voraussetzungen für den Aufbau eines aktiven Impfmanagements durch die Krankenkassen. Dies beinhaltet den Aufbau eines Recall-Systems ebenso wie die zielgerichtete Information der Versicherten über die Bedeutung und Notwendigkeit von Impfungen.

Außerdem bietet die Regelung die Basis für epidemiologische Datenanalysen und damit die Möglichkeit zum Anschluss an das europäische Niveau.

Nach Artikel 42 wird eingefügt:

Art. 42a – Änderung des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)

Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen vom 20.07.2000 (BGBl. I 2000, Seite 1045), zuletzt geändert durch Art. 5 G vom 19.06.2006 (BGBl. I 2006, Seite 1305) wird wie folgt geändert:

1. § 20 Abs. 2 Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Kommission gibt Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen auf der Basis der epidemiologischen Datenlage in Deutschland nach international üblichen Standards der evidenzbasierten Medizin. Sie gibt auch Empfehlungen zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.“

2. In § 20 Abs. 2 Satz 5 werden nach den Worten „Paul-Ehrlich-Institut“ die Worte „sowie des Gemeinsamen Bundesausschusses“ eingefügt.

3. § 20 Abs. 2 Satz 6 wird gestrichen.

4. Nach § 20 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Vor einer Entscheidung über die Empfehlungen der Kommission sind Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis, den obersten Landesgesundheitsbehörden, der oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten und Patientinnen sowie dem Spitzenverband Bund Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Empfehlungen werden vom Robert-Koch-Institut den obersten Landesgesundheitsbehörden und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zusammen mit der Beschlussbegründung übermittelt und veröffentlicht.“

5. § 20 Abs. 4 wird gestrichen.

Begründung:



Zu Art. 42a (Änderung des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei Menschen)

Zu Nr. 1 (§ 20 Abs. 2 Satz 3)

Aufgrund der erheblichen Bedeutung der STIKO-Empfehlung für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Deutschland wird klargestellt, dass die Empfehlungen auf einer entsprechenden epidemiologischen Datenlage in Deutschland basieren sollen und die üblichen Standards eingehalten werden.

Zu Nr. 2 (§ 20 Abs. 2 Satz 5)

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Empfehlungen der STIKO in seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 umsetzen. Es ist daher geboten, Vertreter des Gemeinsamen Bundesausschusses analog zu den Regelungen für die Expertengruppe off-label nach § 35b Abs. 3 SGB V an den Sitzungen der STIKO zu beteiligen.

Zu Nr. 3 (§ 20 Abs. 2 Satz 6)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung durch die Neueinführung von § 20 Abs. 2a.

Zu Nr. 4 (§ 20 Abs. 2a)

Impfmaßnahmen liegen im hohen Maße im Interesse der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten. Sie sind effizient und im volkswirtschaftlichen Interesse zur Vermeidung von Krankheitsbehandlung im erheblichen Maße kostensparend. Um die Akzeptanz der STIKO nach außen zu stärken, hat die Kommission seine Arbeiten in einer transparenten Form durchzuführen und Betroffene und Interessierte über alle Arbeitsschritte und Arbeitsergebnisse zu unterrichten.

Absatz 2a konkretisiert die Beteiligung der wesentlichen Betroffenen. Dadurch wird gewährleistet, dass eine ausreichende Transparenz über die Arbeit und Ergebnisse der Kommission geschaffen und hierbei der externe Sachverstand der Beteiligten frühzeitig mit einbezogen wird.

Zu Nr. 5 (§ 20 Abs. 4)

Die Aufhebung des Absatz 4 ist sachgerecht. Durch die Überführung von Impfungen in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt die Notwendigkeit einer besonderen Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Übertragung von bestimmten Schutzimpfungen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Aufsichtrechtlichen Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit sind ausreichend in § 94 SGB V gegeben. Einer Doppelregelung bedarf es deshalb nicht mehr.



Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe a) und b) § 21 SGB V (Gruppenprophylaxe)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen in den Ländern gemeinsame Rahmenvereinbarungen zur Durchführung der Gruppenprophylaxe. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden. Die Spitzenverbände schließen bisher für die Durchführung der Gruppenprophylaxe gemeinsame Rahmenempfehlungen über Inhalt, Finanzierung, Dokumentation und Kontrolle. Diese Aufgabe soll künftig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.
- b) Darüber hinaus wird von den Spitzenverbänden eine Neuregelung für die Finanzierung der privaten Versicherungen an den Ausgaben der GKV für die Gruppenprophylaxe vorgeschlagen.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz für die Vereinbarung von Rahmenempfehlung hinsichtlich der Gruppenprophylaxe von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

- b) Seit Einführung der Maßnahmen für Gruppenprophylaxe finanzieren die Krankenkassen auch die Ausgaben für Kinder und Jugendliche, die privat versichert sind und erhalten hierfür keinen finanziellen Ausgleich. Auch in dem Referententwurf ist keine Regelung vorgesehen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern daher eine Beteiligung der PKV an der Finanzierung gruppenprophylaktischer Maßnahmen.

C. Änderungsvorschlag

- a) Artikel 1 Nr. 13 Buchstabe a) wird gestrichen.



b) Dem § 21 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„Die private Krankenversicherung hat sich entsprechend der Anzahl der Versicherten an der Finanzierung der Gruppenprohylaxe zu beteiligen.“

Artikel 1 Nr. 14 Buchstabe a) und b)

§ 23 SGB V (Medizinische Vorsorgeleistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Dauer von Leistungen in einer stationären Vorsorgeeinrichtung sind grundsätzlich auf längstens drei Wochen beschränkt. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen in Abstimmung mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in Leitlinien eine Regeldauer für bestimmte Indikationen festgelegt haben. Diese Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.
- b) Die Schutzimpfungen werden im neu eingefügten Artikel 1 Nr. 12 § 20d SGB V geregelt.

B. Stellungnahme

- a) Die Übertragung der Leitlinienkompetenz von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird grundsätzlich abgelehnt. Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.
- b) Siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 12 § 20d SGB V.

C. Änderungsvorschlag

- a) Artikel 1 Nr. 14 Buchstabe a) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 15 Buchstabe a) und b) § 24 SGB V (Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter)

B. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Absatz 1:
 - aa) Mit der Neuregelung werden die Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter in eine Pflichtleistung umgewandelt.
 - bb) Mit der Einfügung wird klargestellt, dass ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft werden müssen, wenn das angestrebte Vorsorgeziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist.
- b) Absatz 4:

Mit der Streichung wird die ohnehin nur einmalig für das Jahr 2005 angelegte Berichtspflicht der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgehoben.

B. Stellungnahme

- a)
 - aa) Bei medizinischer Notwendigkeit mussten die Krankenkassen auch bisher diese Leistungen erbringen. Insofern entspricht die Neuregelung bereits der gängigen Leistungspraxis. Durch die Umwandlung werden die Leistungen risikostruktureausgleichsfähig.
 - bb) Die Klarstellung entspricht der gängigen Leistungspraxis und ist u.a. auch in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes festgeschrieben.
- b) Es handelt sich um eine sachgerechte Streichung.

C. Änderungsvorschlag

Zu a)

- aa) Keiner
- bb) Streichung

Zu b)Keiner



Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe a) und b) § 31 SGB V (Arznei- und Verbandmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

a) § 31 Abs. 2a – Höchstbeträge

Für nicht in die Festbetragsregelung einbeziehbare Arzneimittel werden Höchstbeträge eingeführt. Die Festsetzung erfolgt übergangsweise durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, nach Bewertung durch das IQWiG oder im Einvernehmen mit den pharmazeutischen Unternehmen.

b) § 31 Abs. 3 – Zuzahlungsfreistellung

Für nicht durch die Spitzenverbände (zukünftig Dachverband) zuzahlungsfrei gestellte Arzneimittel kann die einzelne Krankenkasse nach § 130a SGB V die Zuzahlung halbieren oder aufheben, wenn ein Rabattvertrag besteht und Einsparungen zu erwarten sind.

B. Stellungnahme

a) § 31 Abs. 2a

Die Ausweitung von Erstattungshöchstgrenzen auf den Nicht-Festbetragsmarkt ist systematisch. Dabei bleiben (Abrechnungs-) Höchstpreise nach der Arzneimittelpreisverordnung und Rabattverträge wie bei Festbeträgen unberührt. Die pharmakologische und ökonomische Bewertung von Arzneimittel durch das IQWiG ist für die Kostenträger wettbewerbsneutral.

Allerdings verzögert die notwendige Vorlaufzeit für Bewertungen des IQWiG die Umsetzung und hält die Strukturkomponente hoch. Zunächst muss die Methode der Kostenbewertung festgelegt werden; hinzu treten Verfahrensausweitungen durch neue Beteiligungen. Bei therapeutischen Solisten kann das pharmazeutische Unternehmen strategische Optionen nutzen und seine Zustimmung zum Höchstbetrag mit einem Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V gegebenenfalls zwecks Zuzahlungsfreistellung durch Krankenkassen verbinden. Im Vergleich zu Festbeträgen bleiben wichtige Verfahrensfragen wie Veröffentlichung, Status und Rechtsschutz bei der Festlegung der Höchstbeträge offen.

b) § 31 Abs. 3

Die Abgabe von Arzneimitteln, die durch einzelne Rabattverträge individuell zuzahlungsfrei gestellt werden, muss durch ein flächendeckendes Informationsverfahren unterstützt werden. Entscheidungen der Spitzenverbände oder zukünftig des Dachverbandes, bestimmte Arzneimittel aus pharmakologischen, ökonomischen oder leistungsrechtlichen Gründen nicht von der Zuzahlung freizustellen, können durch einzelne Rabattverträge unterlaufen werden.



C. Änderungsvorschlag

a) § 31 Abs. 2a

Die Verfahrensvorschriften für Festbeträge sind auf die Höchstbetragsregelung zu erstrecken. Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist als so genannte 4. Hürde vor Eintritt in die GKV-Erstattung auszugestalten.

b) § 31 Abs. 3

Erkennbare Überschneidungen von Regelungskompetenzen des Dachverbandes und einzelner Kassen sind im Sinne eines einheitlichen GKV-Leistungskatalogs zu vermeiden. Zumindest ist eine teilweise Zuzahlungsfreistellung nicht systematisch und kaum praktikabel.

Zur flächendeckenden Umsetzung müssen die vertragsschließenden Krankenkassen zur Mitteilung der Verträge verpflichtet werden, damit die notwendigen Informationen in Arzt- und Apothekensoftware zur Berücksichtigung bei der Verordnung und der Abgabe abgebildet werden können.



Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a) § 33 Abs. 1 SGB V (Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Satz 2

Durch die Neuregelung wird der Versorgungsanspruch schwerstbehinderter Menschen über die medizinische Rehabilitation hinaus erweitert.

Satz 4

Der Versorgungsanspruch des Versicherten wird um die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen erweitert.

Satz 5

Es wird klargestellt, dass Versicherte die Mehrkosten und ggf. entstehende höhere Folgekosten bei der Wahl einer über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Versorgung selbst zu tragen haben.

B. Stellungnahme

Satz 2

Die vorgesehene Ausweitung des Versorgungsanspruches schwerstbehinderter Menschen über die medizinische Rehabilitation hinaus birgt die Gefahr, dass sie zu einer Kostenverlagerung auf die GKV führt, da keine gesetzlichen Regelungen bestehen, welche Hilfs- bzw. Pflegehilfsmittel von Pflegeheimen zur Verfügung zu stellen sind. In der Folge könnten Pflegeheime davon Abstand nehmen, derartige Produkte selbst vorzuhalten und damit die Abwälzung der Kosten auf die gesetzlichen Krankenkassen bewirken. Daraus würden erhebliche Mehrkosten der gesetzlichen Krankenkassen resultieren.

Durch die derzeit missverständliche Gesetzesformulierung werden die Schnittstellenprobleme verschärft. Es besteht das Risiko, dass das Gesetz so ausgelegt wird, dass die gesetzlichen Krankenkassen alle Hilfsmittel, die von Pflegebedürftigen genutzt werden, künftig zu finanzieren haben. Ferner ist nicht klar, dass diese Leistungsausweitung allein auf den stationären Bereich beschränkt sein soll.

Satz 4

Die Regelung geht durch den unspezifischen Bezug auf das Medizinprodukterecht in der Gesetzesbegründung weit über das hinaus, was tatsächlich regelungsbedürftig ist. Offen ist, auf welche Produkte abzustellen ist. Hinzu kommt, dass sich Wartungs- und Kontrollfristen nach dem Medizinprodukterecht primär nach den Festlegungen der Hersteller richten. Dadurch sind relevante, nicht sachgerechte Mehrausgaben der GKV zu erwarten.

Satz 5



Die Vorschrift wird für zielführend erachtet. Allerdings bleibt nach wie vor ungeklärt, welches Versorgungsniveau im Lichte der Rechtsprechung¹ ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig und für die Versichertengemeinschaft tragbar ist.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 17 a) wird wie folgt geändert:

Falls eine Streichung des Satzes 2 aus politischen Gründen nicht möglich ist, wird folgende alternative Formulierung vorgeschlagen:

"... Der Versorgungsanspruch für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen hängt insbesondere nicht davon ab, ob eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Die Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb notwendig sind, bleibt hiervor unberührt. ..."

Parallel zur vorgesehenen Neuregelung im SGB V sollte der Gesetzgeber eine Kostenverschiebung verhindern und eine konkrete Präzisierung der Verpflichtungen der Pflegeeinrichtungen vornehmen. Dies könnte beispielsweise in Form einer Rechtsverordnung erfolgen.

Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"... Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und für die in den Anlagen 1 und 2 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung genannten Hilfsmittel auch die sicherheits- und messtechnischen Kontrollen innerhalb der dort aufgeführten Fristen. ..."

Diese Änderung muss mit einer sachgerechten Anpassung der Anlagen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung einhergehen, wie es den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Gesprächen im BMG zugesagt wurde. Nur so können die Frequenzen bei sicherheits- und messtechnischen Kontrollen dem Einflussbereich des Herstellers entzogen werden und die betreffenden Produkte definiert werden.

Nach Satz 5 ist Folgendes klarzustellen:

Zumindest bei Produktweiterentwicklungen und Neuerungen sind belastbare wissenschaftliche Nachweise zur therapeutischen Wirksamkeit und anderen Nutzenaspekten erforderlich, die einen Mehrnutzen bzw. einen eigenen oder erweiterten Indikationsrahmen belegen, der im Hilfsmittelverzeichnis festgeschrieben werden könnte. Konkrete Vorschläge hierzu liegen dem BMG vor (vgl. Reformvorschläge der Spitzenverbände vom 7. Juni 2006).

¹ Parallelscheidungen des BSG vom 16. September 2004, AZ: B 3 KR 20/04 R, B 3 KR 6/04 R, B 3 KR 2/04 R und B 3 KR 1/04 R



**Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe b)
§ 33 Abs. 2 SGB V (Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Sätze 4 bis 7 des bisherigen Absatzes 1 werden Absatz 2.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift ist zielführend. Die Änderung der Systematik dient der Klarheit. Allerdings sind nicht alle notwendigen Folgeänderungen durchgeführt worden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 17 b) wird wie folgt geändert:

Redaktionelle Anpassung:

Die Angabe in Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe b) "nach den Sätzen 1 und 2" wird durch "nach Absatz 1" ersetzt.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



**Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c)
§ 33 Abs. 2 SGB V (Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel)**

C. Änderungsvorschlag

Redaktionelle Anpassung:

Die Angabe in Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe c) "nach den Sätzen 1 und 2" wird durch "nach Absatz 1" ersetzt.



Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe e) § 33 Abs. 6 SGB V (Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung können Versicherte grundsätzlich nur noch Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkassen oder Versorgungsberechtigte sind. Ausnahmen bestehen bei berechtigtem Interesse von Versicherten.

B. Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass zukünftig nur noch Vertragspartnern der Krankenkassen eine Berechtigung zur Durchführung von Hilfsmittelversorgungen gewährt wird. Dies ist zwingende Voraussetzung für einen funktionierenden Vertragswettbewerb. Außerdem wird die Bereitschaft der Leistungserbringer steigen, auch über die Versorgung mit festbetragsgebundenen Hilfsmitteln Verträge zu schließen, wodurch eine aufzahlungsfreie Versorgung garantiert werden kann.

Kritisch ist die allgemeine Formulierung, dass Versicherte bei berechtigtem Interesse ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen können. Auf Grund der fehlenden Definition und unzureichenden Gesetzesbegründung, wann ein berechtigtes Interesse vorliegt, ist zu befürchten, dass diese Ausnahmeregelung willkürlich genutzt wird.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 17 e) wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"... Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 **oder 2** über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. ..."

Um eine willkürliche Nutzung der Ausnahmeregelung zu verhindern, ist in der Gesetzesbegründung eine Klarstellung zu treffen, dass die Prüfung des berechtigten Interesses unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Versicherten durch die Krankenkasse als Kostenträger im Vorfeld einer Versorgung zu erfolgen hat. Damit das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht ausgehebelt wird, ist ferner eine Klarstellung zu treffen, wonach die Ausnahmeregelung keine Anwendung findet, wenn die Krankenkasse für bestimmte wiederverwendbare Hilfsmittel Verträge mit mehreren Leistungserbringern geschlossen hat und eine adäquate Versorgung mit einem Hilfsmittel beispielsweise aus Lagerbeständen der Krankenkasse möglich ist.



Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe e) § 33 Abs. 7 SGB V (Versorgungsanspruch auf Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass bei Inanspruchnahme von Nichtvertragspartnern die Krankenkassen die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, tragen. Das gilt auch für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag besteht.

B. Stellungnahme

Die neue Regelung ist für einen funktionierenden Preiswettbewerb erforderlich und wird daher begrüßt. Es fehlt jedoch eine Begrenzung der Kostenübernahmepflicht auf die tatsächlich entstandenen Kosten für die Fälle, in denen vertragsungebundene Leistungserbringer günstiger versorgen, als es in vergleichbaren Verträgen vorgesehen ist.

Das Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelverträgen ist eine wichtige Regelung, damit die Infrastruktur der Hilfsmittelversorgung nicht gefährdet wird. Insofern ist aber auch zu bedenken, dass nicht alle Krankenkassen in ein und demselben Geltungsbereich gleichzeitig Einzelverträge über das Gesamtrepertoire aller Hilfsmittel schließen. Kommt ein Leistungserbringer bei einer Krankenkasse aus Wirtschaftlichkeitsgründen für die Dauer der Vertragslaufzeit oder in einem bestimmten Produktsegment nicht zum Zuge, kann er durchaus anderweitig Versorgungsleistungen durchführen. Darüber hinaus existieren im Hilfsmittelbereich auch viele Kollektivverträge, so dass in diesen Bereichen trotz des Wegfalls der Zulassung eine Vielzahl an Leistungserbringern am Versorgungsgeschehen partizipieren können. Das Verhältnis zwischen Kollektivverträgen und Einzelverträgen ist allerdings nicht ausreichend geklärt, sofern diese nebeneinander bestehen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 17 e) wird wie folgt geändert:

§ 33 Abs. 7 wird wie folgt gefasst:

"Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, **höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten**. Bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, trägt die Krankenkasse die Kosten höchstens bis zur Höhe des Festbetrags. ..."

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



In der Gesetzesbegründung sollte der Hinweis erfolgen, dass bei nebeneinander existierenden Kollektiv- und Einzelverträgen die speziellere Vereinbarung bezogen auf die jeweiligen Vertragspartner gilt. Wird mit einem Leistungsanbieter, der bereits Vertragspartner aufgrund eines Kollektivvertrages ist, darüber hinaus ein Einzelvertrag geschlossen, gelten für diesen die Konditionen des Einzelvertrags. Dies ist auch in den Verträgen klarzustellen.



**Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe e)
§ 33 Abs. 8 SGB V (Hilfsmittel)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuzahlungsregelungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden an die bereits gelebte Praxis angepasst. Zudem wird die bisherige Gesetzeslage klargestellt, wonach das Inkassorisiko bei Einziehung der Zuzahlung beim Leistungserbringer liegt.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift wird für zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a) und b) § 35 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V (Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 SGB V für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden.

- a) Nach geltendem Recht setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich den jeweiligen Festbetrag auf Grundlage von rechnerischen mittleren Tages- und Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen fest. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- b) Nach geltendem Recht können die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam einheitliche Festbeträge für Verbandmittel festsetzen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Aufgabe der Festsetzung der Festbeträge für Arzneimittel von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch die Übertragung der Festsetzungskompetenz der Festbeträge für Verbandmittel von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe a) und b) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 19

§ 35a Abs. 5 Satz 1 SGB V (Rechtsverordnung zu Festbeträgen für Arzneimittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht erstellen und veröffentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen Übersichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel. Sie übermitteln diese im Wege der Datenübertragung dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Informationen zur abruffähigen Veröffentlichung im Internet. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Erstellung und Veröffentlichung der Festbeträge für Arzneimittel von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 19 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 20 Buchstaben a) und b) § 35b SGB V (Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Folgeänderung in der Überschrift.
- b) Der Aufgabenkatalog des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird dahingehend erweitert, über den (Zusatz-) Nutzen hinaus auch die Kosten von erstmals erstattungsfähigen, patentgeschützten oder anderen bedeutenden Arzneimitteln zu bewerten. Entscheidungsbefugnis und Umsetzung über Richtlinien bleiben beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).
- c)
 - aa) Folgeänderung zur Ergänzung der Nutzenbewertung durch eine Kostenbewertung.
 - bb) Folgeänderung zur Ergänzung der Nutzenbewertung durch eine Kostenbewertung.

B. Stellungnahme

Die Auftragserweiterung ist sachgerecht. Kosten-Nutzen-Bewertungen nach Markteinführung kommen jedoch regulativ zu spät. Eingeführte Produkte können nachträglich kaum noch ausgegrenzt werden, Rechts- und Verfahrensfragen treten hinzu. Der Gesetzeswortlaut mit überschneidenden Rechtsbegriffen ist zudem unklar (medizinischer versus therapeutischer Zusatznutzen).

Eine Kosten-Bewertung ist nur bei festgestelltem Zusatznutzen sinnvoll. Bei fehlendem Zusatznutzen muss der G-BA über Verordnungseinschränkungen in der Arzneimittelrichtlinie unmittelbar entscheiden können. Dabei muss klargestellt werden, dass die Bewertung des IQWiG auf die Perspektive der GKV (statt volkswirtschaftlicher Nutzenbetrachtung) beschränkt wird.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung sollte zukünftig als so genannte 4. Hürde zwischen der Marktzulassung eines Produktes und Feststellung der Erstattungsfähigkeit durch die GKV ausgestaltet werden. Für diese Zwischenzeit erstattet die GKV für ein Produkt, das die 4. Hürde noch nicht genommen hat, höchstens das Preisniveau von Produkten, die ihres Erachtens vergleichbar sind.

C. Änderungsvorschlag

Keinen (zurzeit nicht konkretisierbar).



Artikel 1 Nr. 21 § 36 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen Festbetragsgruppen, wobei hinsichtlich der Zusammenfassung funktional gleichartiger Produkte ein Bezug zum Hilfsmittelverzeichnis hergestellt wird. Außerdem können auch Einzelheiten der Versorgungen im Festbetragsgruppensystem geregelt werden.

Absatz 2

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen Festbeträge fest. Die Hersteller und Leistungserbringer werden zur Erteilung der zur Festbetragsfestsetzung erforderlichen Preisankünfte und Informationen verpflichtet.

B. Stellungnahme

Absatz 1

Die Vorschrift wird grundsätzlich als zielführend erachtet.

Absatz 2

Die Vorschrift wird grundsätzlich als zielführend erachtet. Allerdings fehlen Konsequenzen, sofern Hersteller und Leistungserbringer ihrer Verpflichtung zur Datenlieferung nicht nachkommen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 22 § 37 SGB V (Häusliche Krankenpflege)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege soll auch in Einrichtungen des Betreuten Wohnens und anderen „geeigneten Orten“ bestehen.
- b) Das vom BSG seit 2005 geschaffene Wahlrecht zwischen HKP- und Pflegeleistungen wird wieder beseitigt, die gleichzeitige Zuständigkeit der Kranken- und Pflegeversicherung für „krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“ als Doppelleistung eingeführt.
 - c) Behandlungspflege für Bewohner von Pflegeheimen mit „besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege“ wird von der Krankenkasse finanziert.
- d) Der Gemeinsame Bundesausschuss gestaltet die Ansprüche aus.

B. Stellungnahme

- a) Nach ständiger Rechtsprechung des BGH ist die Zuordnung des Betreuten Wohnens zur ambulanten oder zur stationären Versorgung von der jeweiligen Vertragsgestaltung abhängig. Soweit die Einrichtungen Pflege und Betreuung nicht „aus einer Hand“ anbieten sondern dem Bewohner die freie Wahl zwischen verschiedenen Einrichtungen ermöglichen, ist unstrittig, dass in der betreuten Wohnung Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden. Dieser Praxis trägt die Änderung Rechnung. Erhebliche Mehrkosten sind allerdings durch die Ausweitung auf „andere geeignete Orte“ zu befürchten. Das BSG hat mit Urteil vom 01.09.2005 – B 3 KR 19/04 R - eine der typischen, aber geeigneten Orte - nämlich ein Wohnheim für psychisch Kranke - mit dem Hinweis, dass dort ein Pflegesatz gezahlt wird, der im Rahmen einer Mischkalkulation auch die Behandlungspflege erfasst, aus der Leistungspflicht der GKV herausgenommen hat. Für die Sozialhilfe hat das Verwaltungsgericht Wiesbaden mit rechtskräftigem Urteil vom 12.11.2004 - 2 E 1259/02 (3) – im gleichen Sinne entschieden. Zudem ist die gesetzliche Definition, dass die Leistung an „anderen geeigneten Orten“ erbracht werden kann, völlig unscharf und wird erheblich zu neuen Schnittstellendiskussionen beitragen. Davon betroffen werden auch die Abgrenzungen zur Hospizversorgung und zur Palliativpflege. Der Verwaltungsaufwand für die Ermittlung eines gesonderten, auf die Behandlungspflege bezogenen Pflegesatzes ist erheblich.
- b) Seit Einführung der Pflegeversicherung besteht Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Leistungszuständigkeit für alle pflegerischen Maßnahmen, die – wie z. B. das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe – sowohl der Behandlungspflege in der Krankenversicherung als auch den Verrichtungen des täglichen Lebens in der Pflegeversicherung (hier: dem An- und Auskleiden) zugeordnet werden können. Zur Vermeidung



von Doppelleistungen hat das BSG mit Grundsatzentscheidungen vom 17.08.2005 – B 3 KR 8/04 R, B 3 KR 9/04 – entschieden, dass in solchen Fällen (“krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“) der Versicherte die Leistungserbringung im Rahmen von Sachleistungen durch die Krankenversicherung oder im Rahmen von Geldleistungen durch die Pflegeversicherung wählen kann. Wird die Wahl zugunsten der Pflegeversicherung ausgeübt, wird der Zeitaufwand für die Leistungserbringung nach den BSG-Entscheidungen auch bei der Feststellung des Hilfebedarfs berücksichtigt.

Mit der Neuregelung wird diese inzwischen von der Praxis akzeptierte Lösung wieder abgeschafft und die generelle Leistungszuständigkeit für die krankheitsspezifische Pflegemaßnahme in der GKV geschaffen. Zugleich werden aber auch die Leistungen generell bei der Feststellung des Hilfebedarfs berücksichtigt. Die Gesetzesbegründung betont ausdrücklich, daß damit Doppelleistungen geschaffen werden, die aber deshalb hingenommen werden könnten, weil es sich um eine kleine Personengruppe handelt, die zudem krankheits- und altersbedingt ihr Wahlrecht kaum noch ausüben könne (s. Begründung zu § 15 SGB XI). Auch diene diese Lösung der Rechtssicherheit, weil damit Wechsel der Pflegestufen je nach Entscheidung der Versicherten vermieden werden. Dies wird von den Spitzenverbänden bezweifelt; Doppelzuständigkeiten haben bislang immer die Schnittstellenproblematik verschärft. Im Ergebnis wird die Abgrenzung der Leistungszuständigkeit wiederum der Sozialgerichtsbarkeit überlassen. Die beabsichtigte Rechtsänderung trägt vor allem dem Interesse der Leistungserbringer Rechnung, für die damit bei pflegebedürftigen Versicherten eine zusätzliche sichere Einnahmequelle für geringfügige pflegerische Leistungen erschlossen wird. Die Erfahrungen aus der Zeit vor der BSG-Rechtsprechung zeigen, dass ca. 80 % aller Pflegebedürftigen innerhalb der ersten 6 Wochen des Bezugs von Pflegeleistungen durch Pflegedienste auch auf die professionelle Leistungserbringung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen umgestellt werden.

- c) Für diese Neuregelung gilt das unter a) Gesagte in gleicher Weise. Auch hier sind erhebliche neue Schnittstellenprobleme zu erwarten.
- d) Der Gemeinsame Bundesausschuss wird die in den Buchstaben a und c liegenden neuen Schnittstellenprobleme kaum lösen können, zumal zu erwarten steht, dass zumindest die Patientenvertreter, wahrscheinlich aber auch die Ärztevertreter, zur Vermeidung von Schnittstellenfragen die denkbar großzügigste Lösung finden werden.

Finanzielle Auswirkungen

Die mit 60 Mio. veranschlagten Mehrkosten dürften sich daher als völlig unrealistisch erweisen. Wir rechnen aufgrund der Ausweitung des Haushaltsbegriff mit ca. 600 Mio. €, das ist eine Steigerung der Kosten für HKP um fast 1/3 (derzeitiger GKV-Aufwand: 1,7 Mrd. €).

C. Änderungsvorschlag

Streichung der Buchstaben a) und c).

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Zu b) Gesetzliche Festlegung, dass der Versicherte bei krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen ein Wahlrecht zwischen der Erbringung der Maßnahme als Sachleistung zu Lasten der Krankenkasse oder als Geldleistung zu Lasten der Pflegekassen hat.



Artikel 1 Nr. 23

§ 37 b SGB V (Neuregelung für spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Einer Empfehlung der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ entsprechend wird für unheilbar kranke Menschen mit begrenzter Lebenserwartung ein Anspruch auf „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ eingeräumt.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift geht auf die sehr erfolgreiche Lobbyarbeit einiger Meinungsbildner zurück. Ein Erfordernis für diese Neuregelung besteht nicht, da die palliativmedizinischen Leistungen von Ärzten seit der Neufassung des EBM ausdrücklich gesondert abrechenbar sind und zukünftig auch bei den DRG berücksichtigt werden können. Palliativmedizinische Versorgung ist zudem besonders für integrierte Versorgungsmodelle geeignet. Eine Studie des MDK Mecklenburg-Vorpommern weist allerdings nach, dass während eines Modellversuchs an der Universität Greifwald die Palliativversorgung weniger effektiv war als die traditionelle Versorgung.

Mit der Neuregelung werden neue Schnittstellen insbesondere zur Hospizbewegung und zu den pflegerischen Leistungen in Pflegeheimen geschaffen. Dies sieht offensichtlich auch die Bundesregierung, die in der Begründung zu dieser Vorschrift den Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich beauftragt, u.a. Regelungen zur Vermeidung von Doppelabrechnungen zu schaffen (s. vorletzter Absatz zu § 37 a Nr. 3).

Wegen der fehlenden Infrastruktur ist die Regelung – zumindest in der Anlaufzeit – finanziell von geringer Wirkung.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 23 wird gestrichen.

Die in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 (neu) enthaltene Ermächtigung des G-BA, Richtlinien zu spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu beschließen, ist ausreichend, um sowohl im Rahmen der ärztlichen Versorgung als auch der häuslichen Krankenpflege die erforderlichen Leistungen zur Verfügung zu stellen.



**Artikel 1, Nr. 24
§ 39 Abs. 3 Satz 1 SGB V (Krankenhausbehandlung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht erstellen die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See-Kasse und die See-Krankenkasse gemeinsam ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an. Diese Aufgabe wird bezogen auf die Ersatzkassen von deren Verbände auf die Ersatzkassen selbst übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 24 wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe a) und b)
§ 39a Abs. 1 und 2 SGB V (Stationäre und ambulante Hospizleistungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige von den stationären Hospizen aufzubringende Eigenanteil am tagesbezogenen Bedarfssatz beträgt einheitlich 10 v. H.. Um den Belangen der Kinderhospize besser gerecht zu werden, soll zukünftig bei stationären Kinderhospizen dieser Eigenanteil nur noch 5 v. H. des täglichen Bedarfssatzes betragen.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung für den Bereich der stationären Kinderhospize geht zurück auf den Bericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages "Ethik und Recht der modernen Medizin – Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit" (vgl. BT-DR. 15/5858 vom 22.06.2005).

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 26

§ 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit der Neuformulierung wird die mobile Rehabilitation für alle Indikationen der medizinischen Rehabilitation ausdrücklich ermöglicht.
- b)
 - aa) Rehabilitationseinrichtungen müssen zukünftig zusätzlich über eine Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements verfügen.
 - bb) Versicherte können zukünftig auch zertifizierte Rehabilitationseinrichtungen ohne Versorgungsvertrag in Anspruch nehmen. Ggf. anfallende Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.
- c) Die Aufgabe, gemeinsam und einheitlich in Leitlinien Indikationen festzulegen und diesen jeweils eine Regeldauer für die Durchführung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.
- d) Die Aufgabe, gemeinsam und einheitlich Indikationen für die stationäre Rehabilitation festzulegen, für die die Zuzahlungsregelungen der Anschlussrehabilitation gelten, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

- a) Die bisher durchgeführten Modellprojekte haben bis heute keinen systematischen Nachweis über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der mobilen Rehabilitation geliefert. Dies liegt insbesondere auch an den unterschiedlichen Konzepten, Ausgestaltungen, Zielgruppen der Modelle sowie der geringen Zahl an Probanden. Wenn mit der mobilen Form der Rehabilitation Pflegebedürftigkeit vermieden oder vermindert werden soll, so kann sich dies wegen der o.g. Evidenz ausschließlich auf die Geriatrie beschränken. Für andere Indikationsbereiche wird nach den bisherigen Erfahrungen sowie aufgrund der umfassenden stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen grundsätzlich kein Bedarf der mobilen Rehabilitation gesehen.
- b)
 - aa) Eine Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements der Einrichtungen erlaubt keine Einrichtungsvergleiche sowie Aussagen zur Struktur- und Ergebnisqualität. Sie ist daher weder für die Versicherten noch für die Krankenkassen bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung hilfreich, sondern führt zu Mehrkosten und erheblichem bürokratischem Aufwand. Eine unabhängige externe Zertifizierung ist in



keinem anderen Versorgungsbereich vorgeschrieben. (vgl. auch Ausführungen zu Art. 6 Nr. 1, § 20 Abs. 2 und 2a SGB IX). Um die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen zu gewährleisten, sollte die Teilnahme am externen Qualitätssicherungsverfahren nach § 137d SGB V als verpflichtende Voraussetzung aufgenommen werden.

- bb) Aufgrund der Neuregelung können Versicherte Rehabilitationseinrichtungen auswählen, die weder die Voraussetzungen für einen Versicherungsvertrag nach § 111 SGB V erfüllen noch am externen Qualitätssicherungsverfahren nach § 137 d SGB V teilnehmen. Einzige Voraussetzung ist die Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements. Hierdurch wird weder Qualität noch Wirtschaftlichkeit sichergestellt.
- c) Die Übertragung der Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird grundsätzlich abgelehnt. Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.
- d) Die Übertragung der Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird grundsätzlich abgelehnt. Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

- a) Artikel 1 Nr. 26 Buchstabe a) wird gestrichen.
Stattdessen ist dem § 40 Abs. 1 folgender Satz anzufügen: "Geriatrische Rehabilitation kann durch wohnortnahe Einrichtungen erbracht werden."
- b)
 - aa) Die Ergänzung ist zu streichen. Abs. 2 Satz 1 sollte wie folgt ergänzt werden:
Nach dem Wort "einer" sind die Wörter "nach § 137d Abs. 1 qualitätsgesicherten Einrichtungen" einzufügen.
 - bb) Artikel 1 Nr. 26 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb ist wie folgt zu formulieren:
"Wählt der Versicherte eine andere als die von der Krankenkasse nach Abs. 3 Satz 1 bestimmte Einrichtung, die den medizinischen Erfordernissen entspricht, mit der ein Versicherungsvertrag nach § 111 besteht und die am Qualitätssicherungsverfahren nach § 137d teilnimmt, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen."
- c) Artikel 1 Nr. 26 Buchstabe c wird gestrichen.
- d) Artikel 1 Nr. 26 Buchstabe d wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 27 § 40a SGB V (Geriatrische Rehabilitation)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird eine Umwandlung der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation in eine Pflichtleistung vorgenommen.

Mit Satz 2 wird klargestellt, dass Rehabilitationsleistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen sind.

B. Stellungnahme

Bei medizinischer Notwendigkeit mussten die Krankenkassen auch bisher geriatrische Rehabilitationsleistungen erbringen. Insofern entspricht die Neuregelung der gängigen Leistungspraxis. Durch die Umwandlung werden die Leistungen risikostrukturausgleichsfähig.

Die Umwandlung der geriatrischen Rehabilitation in eine Pflichtleistung erfolgt zur Stärkung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege. Vor diesem Hintergrund ist es inkonsequent die Umwandlung nur auf die geriatrische Rehabilitation zu beschränken, da auch die indikationsspezifischen Rehabilitationsleistungen der Vermeidung oder Verhinderung von Pflegedürftigkeit dienen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 Nr. 28 Buchstabe a) und b) § 41 SGB V (Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Absatz 1:
 - aa) Mit der Neuregelung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter in eine Pflichtleistung umgewandelt.
 - bb) Mit der Einfügung wird klargestellt, dass ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sein müssen, wenn das angestrebte Rehabilitationsziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist.
- b) Absatz 4:

Mit der Streichung wird die ohnehin nur einmalig für das Jahr 2005 angelegte Berichtspflicht der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgehoben.

B. Stellungnahme

- a)
 - aa) Bei medizinischer Notwendigkeit mussten die Krankenkassen auch bisher diese Leistungen erbringen. Insofern entspricht die Neuregelung bereits der gängigen Leistungspraxis. Durch die Umwandlung werden die Leistungen risikosturkturausgleichsfähig.
 - bb) Die Klarstellung entspricht der gängigen Leistungspraxis und ist u.a. auch in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes festgeschrieben.
- b) Es handelt sich um eine sachgerechte Streichung.

C. Änderungsvorschlag

- a)
 - aa) Keiner
 - bb) In Artikel 1 Nr. 28 wird Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) gestrichen.
- b) Keiner



**Artikel 1 Nr. 29
§ 43 Abs. 2 SGB V (Sozialmedizinische Nachsorge)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher den Spitzenverbänden der Krankenkassen obliegende Verpflichtung, das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen zu bestimmen, wird aufgehoben.

B. Stellungnahme

Durch den Wegfall von Rahmenvorgaben durch die Spitzenverbände der Krankenkassen wird auf die Festlegung einheitlicher (Mindest-)Qualitätsstandards verzichtet. Damit wird eine völlig unterschiedliche Ausgestaltung der Leistung sowie fehlende Transparenz über Leistungsinhalte für die Versicherten und die verordnenden Ärzte in Kauf genommen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 29 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 30 Buchstabe a) und b) § 44 SGB V (Krankengeld)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ausschluss des Krankengeldanspruchs für

- Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V-E,
- hauptberuflich selbständig Erwerbstätige,
- Versicherte, die keinen Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen haben
- Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung beziehen

B. Stellungnahme

Die bisher in Abs. 1 enthaltene Aufzählung des Personenkreises, der keinen Anspruch auf Krankengeld hat, wurde in den neuen Absatz 2 überführt.

Neu ist der Ausschluss von Krankengeld für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige. Bisher konnte die Krankenkasse über ihre Satzung den Selbständigen entsprechende Angebote machen. Zukünftig kann der Selbständige über einen Wahltarif das Risiko des krankheitsbedingten Einkommensausfalls absichern; § 53 Abs. 5 SGB V-E sieht entsprechende Satzungsregelungen für alle Krankenkassen verpflichtend vor. Unter Berücksichtigung der neuen Beitragsregelungen (§ 243 SGB V-) sowie der Wahlmöglichkeit, das finanzielle Risiko bei Arbeitsunfähigkeit über einen Zusatztarif absichern zu können, wird dem Interesse der Selbständigen nach Flexibilität Rechnung getragen.

Andere freiwillig Versicherte sind nicht (mehr) explizit erwähnt. Somit hätten zukünftig alle anderen freiwillig Versicherten grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld, der sich über die Berechnungsvorschriften aber praktisch jedoch nicht realisieren lässt (z.B. freiwillig versicherte Hausfrauen, Studenten usw.). Die Regelung ist daher anzupassen.

Pflichtversicherte Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung für mindestens sechs Wochen haben (z. B. unständig und kurzfristig Beschäftigte), sind künftig ebenfalls vom Krankengeldanspruch ausgenommen. Sie können sich gemäß § 53 Abs. 5 SGB V-E über einen Wahltarif im Krankheitsfall finanziell absichern. Unklar ist bei der gewählten Formulierung des Gesetzestextes, durch welche „Sozialleistung“ eine Pflichtversicherung als Arbeitnehmer eintreten kann.

Neu ist ebenfalls der Ausschluss des Anspruchs auf Krankengeld für Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe beziehen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V-E). Dieser Krankengeldausschluss - der u. a. Ärzte, Anwälte und Architekten trifft - soll eine Ungleichbehand



lung beseitigen, denn bisher führte nur der Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zum Ende des Krankengeldanspruchs. Allerdings wäre eine Einordnung der Ausschlussregelung in § 50 SGB V sachlogisch; dort ist auch das Ende des Krankengeldanspruchs bei Rentenbezug verankert.

Der Gesetzentwurf nimmt die Heimarbeiter vom Ausschluss des Krankengeldanspruchs aus (vgl. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 letzter Halbsatz SGB V-E). Daraus folgt, dass Heimarbeiter - wie bisher - einen gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld haben (sollen). § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB V bestimmt zudem, dass für die nach Nr. 3 genannten Versicherten (also auch die Heimarbeiter) § 53 Abs. 5 SGB V unberührt bleibt. Im Übrigen verweist § 53 Abs. 5 SGB V auch auf § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V; Heimarbeiter sollen demnach einen Wahltarif abschließen können (vgl. Stellungnahme zu § 53 SGB V-E). Dies kann angesichts des gesetzlichen Anspruchs der Heimarbeiter auf Krankengeld nicht gewollt sein. Eine Klarstellung ist erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

1. In § 44 Abs. 2 Nr. 1 SGB V-E werden im ersten Halbsatz vor der Angabe "§ 10" die Wörter "§ 9 oder" eingefügt; im zweiten Halbsatz werden das Wort "Versicherte" gestrichen, hinter der Zahl 13 die Wörter "oder nach § 9 Versicherte" eingefügt.
2. § 44 Abs. 2 Nr. 2 SGBV-E wird gestrichen
3. § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V-E wird Nr. 2 und wie folgt gefasst:
„Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben, und Versicherte, die nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,“
4. In § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB V-E wird hinter der Zahl 2 die Angabe "1. Halbsatz" eingefügt.
5. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und Satz 3 SGB V-E werden gestrichen. Stattdessen wird § 50 SGB V ergänzt:

Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in Nummer 1 genannten Leistungen entspricht,“



Nach Absatz 2 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. der Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in Nummer 1 und 2 genannten Leistungen entspricht,“

6. In § 53 Abs. 5 SGB V-E werden im ersten Halbsatz hinter dem „für“ die Wörter „nach § 9 versicherte hauptberuflich Selbständige und die“ eingefügt sowie die Wörter „und 3“ gestrichen.



Artikel 1 Nr. 30a **§ 46 SGB V (Krankengeld)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Überführung des satzungsmäßigen Beginns des Krankengeldanspruchs für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte in den Wahltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V

B. Stellungnahme

Die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten können nach geltender Rechtslage gegenüber der Künstlersozialkasse erklären, dass ihr Krankengeldanspruch vor Beginn der siebten Arbeitsunfähigkeitswoche beginnen soll. Die dafür erforderliche Beitragserhöhung müssen die Versicherten selbst tragen und an die Künstlersozialkasse abführen. Das bisherige Verfahren wird durch einen Wahltarif ersetzt (§ 53 Abs. 5 SGB V). Spätester (Wahl-)Beginn des Krankengeldanspruchs ist nach wie vor der Beginn der dritten Arbeitsunfähigkeitswoche. Anstelle einer (erhöhten) Beitragszahlung an die Künstlersozialkasse tritt nun die individuelle Prämienzahlung an die Krankenkasse. Die Änderungen sind bei Einführung von Wahltarifen folgerichtig.

Die Heimarbeiter mit Anspruch auf Entgeltzuschlag nach § 10 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz haben bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Nach geltendem Recht erhalten sie somit vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an Krankengeld. Die Krankenversicherungsbeiträge sind mit dem erhöhten Beitragssatz (§ 242 SGB V) zu berechnen. Durch den Wegfall des erhöhten Beitragssatzes zahlen die Heimarbeiter Beiträge künftig "nur" noch nach dem allgemeinen Beitragssatz und würden dennoch Krankengeld ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit erhalten (vgl. auch Stellungnahme zu § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Diese mit dem Beitragsrecht korrespondierende Folge kann nicht beabsichtigt sein. Sie erscheint insbesondere mit Blick auf die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten, die zur Erlangung eines vor der siebten Woche liegenden Beginns des Krankengeldanspruchs im Rahmen eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 5 SGB V zusätzliche Beiträge zahlen müssen, auch nicht gerechtfertigt. Der Krankengeldanspruch sollte für Heimarbeiter wie für Künstler und Publizisten gesetzlich mit der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit beginnen; die Realisierung eines früheren Anspruchs sollte über einen Wahltarife nach § 53 Abs. 5 SGB V erfolgen.

C. Änderungsvorschlag

In § 46 Satz 2 SGB V sind hinter dem Wort "Versicherten" die Wörter "und die nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 Versicherten, die nach § 10 Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben," einzufügen.



Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe a) und b) § 52 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden – Ästhetische Operationen oder Maßnahmen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der bisherige Wortlaut wird zu Absatz 1.
- b) Sofern sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z. B. ästhetische Operation, Tätowierung, Piercing) zugezogen haben, sind diese von ihrer Krankenkasse an den Behandlungskosten in angemessener Höhe zu beteiligen. Zudem ist das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

B. Stellungnahme

- a) Der Inhalt wird nicht verändert.
- b) Von der Intention her ist es nachvollziehbar, dass die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten für die Folgekosten von nicht indizierten ästhetischen Operationen oder Maßnahmen nicht in vollem Umfang eintreten soll.

In der Praxis sind allerdings insbesondere wegen des unbestimmten Rechtsbegriffs „medizinisch nicht indizierte Maßnahme“ Umsetzungsprobleme programmiert. Aufgrund der nur beispielhaften Nennung bestimmter „Maßnahmen“ müsste die Regelung nach ihrem Wortlaut auch bei Gesundheitsschäden aufgrund anderer „medizinisch nicht indizierten Maßnahmen“ zur Anwendung kommen. Als eine derartige „Maßnahme“ könnte dann auch jedwedes krankheitsverursachendes Verhalten der Versicherten – wie zu viel oder zu wenig Bewegung der Versicherten (Extremsportler oder Bewegungsmuffel) oder auch Rauchen und Trinken usw. – verstanden werden. Da eine derart weitgehende Interpretation aber offensichtlich nicht gewollt ist, erscheint eine konkrete und nicht nur beispielhafte Aufzählung der betroffenen „Maßnahmen“ angezeigt.

Im Übrigen muss die Entscheidung über das Vorliegen einer zur Kostenbeteiligung des Versicherten führenden „Maßnahme“ bereits beim Leistungserbringer getroffen werden. Denn nur so ist sichergestellt, dass die Ursachen zur Durchführung der als Folge einer solchen „Maßnahme“ erforderlichen Behandlung zielgenau erfasst und dokumentiert werden. Ferner bedarf die Umsetzung der Neuregelung eines Mitteilungsverfahrens zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen.

Nicht nachvollziehbar ist im übrigen, dass die bisherige Regelung zur Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse



vorsieht (Kann-Regelung), während die Neuregelung verpflichtenden Charakter haben soll.

C. Änderungsvorschlag

a) Keine

b) Die Neuregelung in Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe b) sollte wie folgt gefasst werden:

„Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme (ästhetische Operation, Tätowierung, Piercing) zugezogen, kann die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise versagen oder zurückfordern.“

In § 294 a Satz 1 SGB V werden nach dem Wort „Gesundheitsschäden“ die Wörter „oder auf selbstverschuldete Krankheiten (§ 52)“ eingefügt.



Artikel 1 Nr. 32 **§ 52a SGB V (Leistungsausschluss)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung sollen Leistungsansprüche für Personen ausgeschlossen werden, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland nur deshalb begründen, um über die geplante Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder einer darauf beruhenden Familienversicherung Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung soll die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln.

B. Stellungnahme

Die Einführung einer Regelung zur Vermeidung einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen ist grundsätzlich zu begrüßen.

Die beabsichtigte Regelung wird aber in der Praxis erhebliche Umsetzungsprobleme hervorrufen und von daher wahrscheinlich ihrem Anspruch nicht oder nur selten gerecht werden. So dürfte es in der Regel kaum möglich sein, einerseits die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Begründung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland, bei Nicht EU-Bürgern gem. § 5 Abs. 11 SGB V zusätzlich Niederlassungserlaubnis oder Aufenthaltserlaubnis von mehr als 12 Monaten) zu bejahen und andererseits nachzuweisen, dass der Zuzug nach Deutschland mit dem ausschließlichen Ziel der Leistungsanspruchnahme erfolgte.

Darüber hinaus soll sich der Leistungsausschluss nach der Gesetzesbegründung lediglich auf aufwändige Behandlungen, z.B. hochtechnische Operationen wie Organtransplantationen, beziehen. Die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung soll nicht betroffen sein. Wenn dies so gewollt ist, müsste der Gesetzestext entsprechend konkretisiert werden. Nach der derzeit vorgesehenen Textfassung ist jegliche Leistung ausgeschlossen.

Darüber hinaus ist mit Blick auf die Intention der Regelung nicht nachvollziehbar, dass das Nähere in den Satzungen der Krankenkassen geregelt werden soll und damit wettbewerbliche Relevanz erhält.

Zur Umsetzung müssten vermutlich die Leistungserbringer über Richtlinien verpflichtet werden, für betroffene Versicherte z.B. innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach Zuzug aus dem Ausland Leistungen nicht oder nur nach Genehmigung zu Lasten der Krankenkasse zu erbringen, weil sonst ein Aufgreifen vielfach kaum möglich sein dürfte bzw. die Beachtung des Leistungsausschlusses nur im Nachhinein durch Rückforderungen gegenüber den - ggf. bereits wieder ins Ausland zurückgekehrten - Betroffenen erreicht werden könnte.



Insgesamt würde die Umsetzung zu einem weiteren „Bürokratismus“ führen, der vielfach fehlinvestiert sein dürfte. Deshalb wird vorgeschlagen, die Intention eines Missbrauchschutzes durch eine Wartezeitregelung zu verfolgen, nach der in Analogie zu § 27 Abs. 2 SGB V (Versorgung mit Zahnersatz für Versicherte mit begrenztem Aufenthalt im Inland) innerhalb von 12 Monaten nach Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland nur unaufschiebbare Leistungen in Anspruch genommen werden können, und parallel dazu die für die Leistungserbringer notwendige Dokumentation des eingeschränkten Leistungsanspruchs durch einen entsprechenden Hinweis in der KV-Karte zu ermöglichen (siehe auch Änderungsvorschlag in Artikel 1 Nr. 194, § 291).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 32 wird wie folgt gefasst:

Nach § 52 wird folgender § 52a eingefügt:

“Für Personen, die sich in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 versichert sind, ist der Anspruch auf Leistungen bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Begründung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts im Geltungsbereich dieses Gesetzes auf unaufschiebbare Leistungen begrenzt.“



Artikel 1 Nr. 33 **§ 53 SGB V (Wahltarife)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die bisherige Regelung des § 53 SGB V, wonach Krankenkassen ihren freiwilligen Mitgliedern, die Kostenerstattung gewählt haben, Selbstbehalttarife anbieten darf, soll entfallen. Künftig sollen die Krankenkassen allen Mitgliedern Selbstbehalttarife anbieten können (§ 53 Abs. 1). Die Tarife haben für teilnehmende Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.
- b) Zweitens sollen die Krankenkassen Tarife einführen dürfen, die bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen Prämienzahlungen vorsehen (Abs. 2). Die bisherige Regelung des § 54 SGB V (Beitragsrückzahlung), die auf freiwillige Mitglieder begrenzt ist, soll gestrichen werden.
- c) Drittens sollen für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, Bindung an bestimmte Leistungserbringer, DMP, Integrierte Versorgung) spezielle Tarife mit der Option von Prämienzahlungen oder Zahlungsermäßigungen eingeführt werden (Abs. 3).
- d) Viertens sollen Kostenerstattungstarife zugelassen werden. Dabei wird den Krankenkassen die Höhe der möglichen Erstattungssätze nicht vorgegeben (Abs. 4). Laut Gesetzesbegründung soll beispielsweise die Erstattung des 2,3-fachen Satzes GOÄ/GOZ möglich werden.
- e) Fünftens sollen die Krankenkassen Wahltarife für den Anspruch auf Krankengeld bzw. den bedarfsgerechten Zahlungsbeginn anbieten (Abs. 5); bei Leistungsausweitungen sind Zahlungen der Mitglieder vorzusehen.
- f) Sechstens sollen die Krankenkassen bestimmten Mitgliedergruppen, für die der Umfang der Leistungen gesetzlich begrenzt ist, Tarife anbieten können, die Prämienzahlungen - anstelle der bislang nach § 243 Abs. 1 SGB V vorgesehenen - Beitragsatzermäßigungen vorsehen (Abs. 6). Laut Gesetzesbegründung zielt diese Vorschrift insbesondere auf DO-Angestellte, die Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V gewählt haben.
- g) Die Mindestbindungsfrist für alle Wahltarife mit Ausnahme der Tarife für die besonderen Versorgungsformen soll 3 Jahre betragen. Die Satzung der Krankenkassen soll ein Sonderkündigungsrecht für Härtefälle vorsehen. (Abs. 7). Die Aufwendungen sollen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden (Abs. 8).

B. Stellungnahme

- a) zu § 53 Abs. 1



Durch die Einführung der Möglichkeit, für alle Mitglieder einer Krankenkasse (also auch Pflichtversicherte) Selbstbehalttarife anzubieten, würde den Erwartungen der Mitglieder Rechnung getragen, besser auf ihre individuelle Lebenssituation abgestimmte Absicherungsmöglichkeiten des Krankheitsrisikos wählen zu können. Hier sollte klargestellt werden, dass die Krankenkasse unterschiedliche Staffeln aus Prämienzahlungen und Selbsthalten vorsehen kann, da durch alternative Wahltarife die Möglichkeit für Wettbewerb unter den Krankenkassen unterstützt wird.

b) zu § 53 Abs. 2

Gegen eine Prämienzahlung wegen Nichtinanspruchnahme von Leistungen bestehen erhebliche Bedenken, da die durch die Nichtinanspruchnahme von Leistungen anfallenden Prämienzahlungen den Krankenkassen im Saldo Mittel entziehen, die letztlich über Beiträge bzw. Zusatzbeiträge durch alle Mitglieder finanziert werden müssen. Es werden den Ausgabensteigerungen voraussichtlich keine entsprechenden Einsparungen gegenüberstehen, da Beitragsrückerstattungen nur solchen Versicherten zu Gute kommen, die gesund sind und daher kaum medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. In der Tendenz wird die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung hierdurch ausgehöhlt.

Im Übrigen besteht wie bisher schon bei der Beitragsrückerstattung für freiwillig Versicherte die Gefahr der Benachteiligung von Frauen, da die Inanspruchnahme der Leistungen nach § 24a (Empfängnisverhütung) bei der Feststellung des Anspruchs auf Prämienzahlung zu berücksichtigen ist. Folglich würde jede Frau, die in einem Jahr ausschließlich die ärztliche Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln in Anspruch nimmt, ihren Anspruch auf Prämienzahlung verlieren. Dasselbe gilt für männliche Mitglieder mit nach § 10 versicherten Ehefrauen und/oder volljährigen Töchtern.

c) zu § 53 Abs. 3

Abgelehnt wird, dass Wahltarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen angeboten werden müssen. Dies widerspricht der Absicht, den Krankenkassen bei den Wahlтарifen Gestaltungsspielraum im Wettbewerb einzuräumen. Die Vorschrift sollte eine Kann-Regelung werden.

d) zu § 53 Abs. 4

Die Kostenerstattungsoption nach § 13 Abs. 2 SGB V wurde in der Vergangenheit unter dem Aspekt des Verbraucherschutzes problematisiert. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass teilweise innerhalb der Ärzteschaft zur Optimierung der eigenen Einkommenssituation Versicherte gedrängt wurden, von der Wahl der Kostenerstattung Gebrauch zu machen. Daher wird auch die vorgesehene Änderung des § 13 Abs. 2 SGB V (siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr 8 § 13 Absatz 2)) abgelehnt.

Anders als Kostenerstattungen unter den Rahmenbedingungen des § 13 Abs. 2 SGB V sind jedoch explizite Kostenerstattungstarife zu bewerten. Zum Einen hat nach der vorgesehenen Neuregelung die Krankenkasse - anders als bisher - die Möglichkeit, die Höhe der Kostenerstattung an den privat(zahn)ärztlichen Vergütungsrahmen an



zupassen, so dass sich das finanzielle Risiko für die den Tarif in Anspruch nehmenden Versicherten relativiert.

Zum Anderen stärkt der vorgesehene Kostenerstattungs-Wahltarif die Wettbewerbsposition der GKV gegenüber der PKV.

Es ist allerdings sicher zu stellen, dass eine Anrechnung der über Kostenerstattung bereits bezahlten Leistungen auf die Gesamtvergütung stattfindet.

e) Zu § 53 Abs. 5

Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für Mitglieder, die

- hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind oder
- nicht für mindestens sechs Wochen einen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes oder einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben,

gegen entsprechende Zahlungen Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entstehen lassen.

Die Regelung des Absatzes 5 ist mit Blick auf die geplante Änderung des § 44 SGB V erforderlich und sinnvoll. Es ist aber zu vermeiden, dass der „Wahltarif Krankengeld“ im Gegensatz zum bisherigen Recht ein verbindlicher Pflichtinhalt der Satzung der Krankenkasse wird. Auch Krankenkassen, die sich bisher gegen das Angebot der Krankengeldzahlung für selbständig Tätige entschieden haben, müssten diesem Personenkreis zukünftig diese Leistung anbieten.

Analog zu der derzeit gültigen Regelung des § 44 Abs. 2 SGB V bleibt auch bei der Neuregelung ein - bereits Meinungsverschiedenheiten mit dem BVA verursachender - interpretationsfähiger Spielraum, ob die Satzung den Beginn des Anspruchs auf Krankengeld entweder nur nach § 46 Satz 1 SGB V oder nur zu einem späteren Zeitpunkt beginnen lassen kann oder ob die Satzung ggf. mehrere Varianten anbieten kann.

f) zu § 53 Abs. 6

Die Regelung sieht vor, dass die Krankenkasse für bestimmte Mitgliedergruppen Leistungsbeschränkungen und damit korrespondierende Prämienzahlungen vorsehen kann. Gedacht ist nach der Begründung dabei insbesondere an den Ersatz der nicht mehr gesetzlich vorgesehenen Beitragsermäßigung bei Teilkostenerstattung wg. Aufhebung des derzeitigen § 243 SGB V.

Insgesamt wird die Einführung eines solchen Wahltarifes begrüßt.

In der gewählten Formulierung ist aber die Art und der Umfang des Leistungsausschlusses interpretationsfähig. Es ist zu verhindern, dass einzelne Sachleistungen oder ganze Sachleistungsböcke ausgeschlossen werden können, um einer Erosion des GKV-Leistungskataloges entgegen zu wirken. Daher ist klarzustellen, dass sich



die Leistungsbeschränkung nicht auf die Abwahl bestimmter Sachleistungen (z. B. Krankenhaus, Zahnersatz) beziehen darf.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass § 53 Abs. 7 SGB V-E eine Deckelung der Prämienrückzahlungen vorsieht, die dafür sorgt, dass dem betroffenen Personenkreis künftig lediglich eine Prämienrückzahlung gewährt werden dürfte, die bei Weiterem nicht dem Umfang der Leistungsbeschränkung entspräche.

g) zu § 53 Abs. 7

Die Regelung sieht eine 3-jährige Bindung an die Tarifwahlentscheidung und gleichzeitig an die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse vor. Es ist zu vermuten, dass diese lange Bindungsfrist, die auch nur in eng begrenzten Ausnahmefällen („Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen“) individuell verkürzt werden darf, auf potenzielle Tarifwähler abschreckend wirkt und der mit den Wahlтарifen insgesamt angestrebte Wettbewerb deshalb stark gehemmt wird. Sachgerecht wäre eine 1-jährige Bindungsfrist.

Weiterhin sieht die Regelung eine Kappungsgrenze der Prämienzahlungen bei 20 bzw. 30 Prozent des Jahresbeitrags oder aber 600 bzw. 900 Euro pro Jahr und Mitglied vor. Die prozentuale Anbindung der Prämienhöhe an individuell getragene Beiträge macht allerdings die Umsetzung der Wahlтарife unnötig kompliziert, da vor einer Prämienausschüttung immer erst die tatsächlich gezahlten Beiträge eines Tarifwählers ermittelt werden müssten. Auch in der Beratungsphase vor der Tarifwahl kann dem Interessenten nicht genau gesagt werden, welche Prämienansprüche er im Nachhinein tatsächlich realisieren kann. Sachgerecht wäre eine Regelung, die mehrere einkommensabhängige Höchst-Prämienstufen vorsieht und damit eine pauschalierte operative Abwicklung ermöglicht, die gleichzeitig beiden Seiten (Krankenkasse und Mitglied) von Beginn an Kalkulationsklarheit verschafft.

C. Änderungsvorschlag

a) zu § 53 Abs. 1

§ 53 Abs. 1 ist wie folgt zu ergänzen:

Die Krankenkasse kann unterschiedliche Staffelungen aus Selbstbehalt und Prämienzahlung vorsehen.“

b) zu § 53 Abs. 2

Sofern an der gesetzlichen Neuregelung festgehalten wird, ist in Abs. 2 Satz 3 die Angabe „§ 23 Abs. 2, §§ 24 bis 24b“, durch „§§ 23 Abs. 2, 24 und 24b“ zu ersetzen.

c) zu § 53 Abs. 3

Die Vorschriften in Abs. 3 sollte zur Kann-Regelung umgewandelt werden.

d) zu § 53 Abs. 4



Die Neuregelung ist zu begrüßen. Kein Änderungsvorschlag

e) zu § 53 Abs. 5

Satz 1 wird wie folgt gefasst: (vgl. auch Änderungsvorschläge zu § 44 SGB V):
Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für nach § 9 versicherte hauptberuflich Selbstständige und die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 aufgeführten Mitglieder einen oder mehrere Tarife anbieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen.

f) zu § 53 Abs. 6

§ 53 Abs. 6 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches oder den Umfang von Serviceangeboten beschränkt, der Beschränkung entsprechende Prämienzahlungen vorsehen; die Abwahl einzelner Sach- oder Dienstleistungen ist nicht möglich. Absatz 7 Sätze 4 bis 6 gelten nicht.“

g) zu § 53 Abs. 7

§ 53 Abs. 7 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt 1 Jahr. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung darf bei Mitgliedern mit Einkommen bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 nicht mehr als 400 Euro, bei mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 600 Euro jährlich betragen. Die Prämienzahlung darf bei Mitgliedern mit Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 nicht mehr als 600 Euro, bei mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Abs. 3 wählen.“



Artikel 1 Nr. 34 § 54 SGB V (Beitragsrückzahlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung zur Beitragsrückzahlung für freiwillige Mitglieder wird gestrichen.

B. Stellungnahme

Die Änderung wird notwendig, weil die Krankenkassen mangels eigener Beitragserhebung auch keine Beitragsrückzahlungen mehr vornehmen können. Stattdessen können die Krankenkassen nach § 53 Abs. 2 Tarife einführen, die für den Fall der Nichtinanspruchnahme von Leistungen Prämienzahlungen vorsehen (vgl. Stellungnahme zu § 53 SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Siehe unter § 53 SGB V.



Artikel 1 Nr. 35

§ 56 Abs. 5 Satz 2 SGB V (Festsetzung der Regelversorgungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Änderungen in § 94 SGB V.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Einwendungen hiergegen bestehen nicht.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 1 Nr. 36 Buchstaben a) und b) § 57Abs. 1 und 2 SGB V (Festsetzung Regelversorgungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung jeweils zum 30.09 eines Kalenderjahres für das Folgejahr die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- b) Nach geltendem Recht vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen jeweils zum 30.09 eines Kalenderjahres für das Folgejahr die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen. Diese Aufgabe soll von den Verbänden der Ersatzkassen den Ersatzkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a). Folglich wird auch der Übergang der Vertragskompetenz der zahnärztlichen Leistungsvergütung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- b) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung Vertragskompetenz der zahntechnischen Leistungsvergütungen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 36 Buchstaben a) und b) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 37 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) und bb) § 62 SGB V (Belastungsgrenze)

A. Beabsichtigte Neuregelung

a)

- aa) Die Absenkung der individuellen Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke auf 1% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt wird an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft. Hiervon betroffen sind Versicherte, die nach den im Entwurf genannten Stichtagen geboren sind und die Krebsfrüherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Sofern diese Versicherten die zuvor genannten Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen, gilt die Belastungsgrenze von 2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Malus-Regelung). Als „Ausnahme von der Ausnahme“ ist vorgesehen, dass die 2-prozentige Belastungsgrenze wiederum keine Anwendung findet, wenn die vorgenannten Versicherten an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen; dann gilt wieder die 1-prozentige Belastungsgrenze. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll zudem in Richtlinien regeln, in welchen Fällen ausnahmsweise Gesundheitsuntersuchungen nicht zwingend durchgeführt werden müssen.
- bb) Als Nachweis des Fortbestehens der chronischen Erkrankung wird künftig jährlich eine ärztliche Bescheinigung gefordert, wonach sich der Versicherte therapiegerecht verhält.

B. Stellungnahme

a)

- aa) Bereits die Einführung der neuen Zuzahlungs-Befreiungsregelungen zum 01.01.2004 im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) hat zu enormen Verunsicherungen und Belastungen bei Versicherten und Krankenkassen geführt. Dies betrifft auch die verwaltungsaufwändige Feststellung und Nachweisführung, ob ein Versicherter chronisch krank im Sinne des § 62 SGB V ist.

Die nunmehr vorgesehene Verknüpfung von Sanktionen bei der Nicht-Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen mit den Regelungen zur Zuzahlungs-Überforderungsregelung nach § 62 SGB V führt zu zusätzlichem erheblichen personal- und zeitintensiven Prüfaufwand mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die Versicherten.

Davon abgesehen ist die vorgesehene Verknüpfung der Teilnahmesteigerung durch ansonsten greifende finanzielle Sanktionen auch inhaltlich keinesfalls sachgerecht. Früherkennungsuntersuchungen haben, neben ihrem Nutzenpotential hinsichtlich einer Senkung der Mortalität und Morbidität, auch immer ein Scha



denpotential (z.B. Überdiagnose, Übertherapie). Daher ist es international Standard, dass die Teilnehmer über den möglichen Nutzen und Schaden einer Teilnahme informiert werden, um anschließend eine eigene fundierte Entscheidung treffen zu können. Dies kommt auch in einer entsprechenden Formulierung in "Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zur Krebsvorsorge" der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zum Ausdruck: "Die Verantwortlichen im Gesundheitswesen sollten alle potentiellen Vorteile und Risiken der Vorsorgeuntersuchung auf eine bestimmte Krebsart kennen bevor sie neue Vorsorgeprogramme einleiten. Zudem sollten diese Vor- und Nachteile dem mündigen Patienten von heute so erläutert werden, dass er die Möglichkeit erhält, über die Teilnahme an den Untersuchungsprogrammen selbst zu entscheiden." Eine finanzielle Malusregelung bei Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist daher auch inhaltlich abzulehnen. Zur Teilnahmesteigerung ergeben sich auf Basis des § 65a SGB V im Rahmen der Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten zielgerichtete Möglichkeiten, die Inanspruchnahme von Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie zur primären Prävention zu fördern. Die vorgenannten Optionen haben sich im Interesse der Versicherten bewährt. Denn eine Motivation der Versicherten – und zwar altersunabhängig – über diese Anreize ist wesentlich zielführender als die nunmehr im Rahmen des § 62 SGB V vorgesehene Sanktion.

Des weiteren wird verkannt, dass bereits heute (§ 65a Abs. 2 SGB V) als auch künftig (§ 53 Abs. 3 SGB V i. d. F. des GKV-WSG) Möglichkeiten zur pauschalen Entlastung chronisch Kranker von Zuzahlungen bei Teilnahme an besonderen Versorgungsformen existieren. Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, können eine Zuzahlungsermäßigung oder Prämienzahlung erhalten. Im Übrigen wird die in der Neuregelung vorgesehene Verknüpfung der bisherigen Voraussetzungen mit der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V zu massiven Umsetzungsproblemen führen. Es ist zu erwarten, dass hierdurch der schon bisher erhebliche Verwaltungsaufwand nochmals gesteigert wird. So müsste beispielsweise von den Betroffenen später rückwirkend der Nachweis der regelmäßigen Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V geführt werden.

Im Ergebnis muss die jeweilige Kasse wegen der Fülle der alternativ zu prüfenden Voraussetzungen entweder alle für die Prüfung relevanten Daten im Vorfeld zusätzlich zu den bereits jetzt anzufordernden erheben oder mehrfach nach jedem Prüfschritt beim Versicherten nachfragen.

Daneben wirft die Neuregelung eine Reihe von Detailfragen auf, die für eine Umsetzung der Regelung nicht hinreichend bestimmt werden können. Folgende beispielhafte Fragestellungen sollen dies verdeutlichen:

- Müssen die erweiterten Voraussetzungen von allen chronisch Erkrankten im Familienverbund erfüllt werden?



- Ist die Malus-Regelung nur für solche eingetretene Erkrankungen anzuwenden, für die auch Gesundheitsuntersuchungsmaßnahmen vorgesehen sind?
 - Wenn mehrere Erkrankungen vorliegen, können zur Anerkennung der chronischen Erkrankung u. U. verschiedene Voraussetzungen gefordert werden. Müssen die Voraussetzungen kumulativ erfüllt werden?
 - Ist es gewollt, dass Versicherte, die die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen versäumt haben, aber nach Ausbruch der Erkrankung an einem Disease-Management-Programm teilnehmen wollen, welches die Krankenkasse aber nicht anbietet, hier nicht in den Genuss der Chroniker-Eigenschaft kommen?
 - Aus dem neuen Absatz 1 Satz 4 kann möglicherweise gefolgert werden, dass nicht schwerwiegend chronisch Kranke allein durch eine DMP-Teilnahme Anspruch auf die 1 % - Regelung haben.
- bb) Äußerst problematisch ist auch die vorgesehene Voraussetzung zum Nachweis der weiteren Dauer der schwerwiegenden chronischen Erkrankung, wonach jährlich eine ärztliche Bescheinigung gefordert wird, dass sich der Versicherte therapiegerecht verhalten hat.

Diese Regelung wird zu einem enormen Kosten- und Verwaltungsaufwand führen (jährliche Nachweisführung, Kosten für ärztliche Bescheinigungen etc.), ohne dass daraus ein entsprechender Nutzen resultieren wird. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen mit der ärztlichen Nachweisführung zum Vorliegen einer chronischen Erkrankung ist davon auszugehen, dass eine kritische Auseinandersetzung und Prüfung des Vorliegens eines „therapiegerechten Verhaltens“ nicht stattfinden wird.

Zudem beseitigen bzw. konterkarieren sowohl die zusätzlichen Voraussetzungen als auch diejenige des therapiegerechten Verhaltens die im Interesse der Versicherten und Krankenkassen liegende Möglichkeit der Vorauszahlungsoption und werfen erhebliche Umsetzungsfragen zur Anwendung des § 35 SGB XII (darlehensweise Übernahme der Belastungsgrenze bei sozialhilfeberechtigten Heimbewohnern) auf.

Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 sollte die Definition für den Begriff „chronisch Kranke“ enger und zielgenauer definiert werden. Diese Intention wird mit der vorgesehenen Neuregelung nicht erreicht. Stattdessen werden nicht sachgerechte Verknüpfungen mit der Sanktionierung der Nicht-Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen hergestellt, die die bereits vorhandene verwaltungsaufwendige Komplexität der Zahlungs-Überforderungsregelung massiv steigern. Vor diesem Hintergrund könnte – angelehnt an die ursprünglich für die Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses Ende 2003 entwickelten Parameter – eine gesetzliche Definition des Begriffs „chronisch Kranke“ erfolgen.

In diesem Zusammenhang sind auch Nachweiserleichterungen zum Fortbestehen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung erforderlich, um die Antragsbearbeitung so



wohl im Interesse der Versicherten als auch der Verwaltungsökonomie sach- und zielgerecht zu gestalten. Prüfungen im Rahmen von Stichproben zeigten in der Vergangenheit, dass sich beim Personenkreis der chronisch Kranken keine Änderung der Situation ergab. Vor diesem Hintergrund hatte sich auch seinerzeit das BMGS positioniert, dass gegen eine pragmatische Verfahrensweise dahingehend, bei chronisch Kranken auf den jährlichen Nachweis des weiteren Vorliegens der chronischen Erkrankung zu verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung der Verhältnisse vorliegen, keine durchgreifenden Bedenken bestehen (vgl. Schreiben des BMGS vom 12.10.2004).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass das bisher vorgesehene unterjährige Inkrafttreten der Neuregelung dazu führen wird, dass Versicherte abhängig vom Zeitpunkt der Antragstellung unterschiedlich behandelt werden. So hätten – bei einem Inkrafttreten der Neuregelung zum 01.04.2007 - Versicherte bei Antragsstellung im 1. Quartal 2007 keinen Nachweis über ein „therapiegerechtes Verhalten“ zu führen, während dies bei Antragstellung ab dem 01.04.2007 vorauszusetzen wäre. Dies führt zu einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung vergleichbarer Sachverhalte.

C. Änderungsvorschlag

a)

- aa) Die Verknüpfung zwischen Vorsorge-Untersuchungen und den Regelungen zur Zuzahlungs-Überforderungsregelung nach § 62 SGB V ist nicht sachgerecht, daher wird Artikel 1 Nr. 37 a) Doppelbuchstabe aa) gestrichen. Stattdessen sollte die Definition für den Begriff "chronisch Krank" wie in den Eckpunktepapieren beschrieben enger und zielgenauer gefasst werden.

Artikel 39 Abs. 6 des GKV-WSG wird wie folgt geändert:

Nach der Angabe „Nr. 36 (§ 57)“ wird die Angabe „Nr. 37 (§ 62)“ eingefügt.

Die bereits in der Vergangenheit seitens der Spitzenverbände angeregten Klarstellungen im § 62 SGB V sollten in den Entwurf aufgenommen werden.

Artikel 1 Nr. 37 wird Absatz 2 wird daher wie folgt geändert:

„Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen des Versicherten, seines Ehegatten, der nach § 10 versicherten Kinder und der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie in einem gemeinsamen Haushalt leben. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 v.H. und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 v.H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Abweichend von Satz 2 sind für jedes Kind des Versicherten und Lebenspartners die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Absatz 6 Satz 1 des Ein



kommensteuergesetzes ergebenden Kinderfreibetrag in doppelter Höhe zu vermindern, sofern sich nicht nach Satz 2 ein höherer Betrag ergibt. Ungeachtet der Sätze 1 bis 3 wird als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt mindestens der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches (Regelsatzverordnung) zu Grunde gelegt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigten nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches (Regelsatzverordnung) maßgeblich. Leistungen, die zum Ausgleich der ansonsten zu zahlenden gesondert berechenbaren Aufwendungen nach § 82 Absatz 2 des Zwölften Buches gezahlt werden, sind keine Unterbringungskosten im Sinne des Satzes 6 Nr. 2. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. Die Bedarfsgemeinschaft nach Satz 6 und 8 umfasst nur Personen, die nach Satz 1 berücksichtigungsfähig sind.“

bb) Artikel 1 Nr. 37 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 37 Buchstabe b) § 62 Abs. 5 SGB V (Evaluierung der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen verpflichtet werden, die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung zu evaluieren. In der Begründung werden hierbei insbesondere die Ausnahmeregelungen bei der Praxisgebühr erwähnt.

B. Stellungnahme

Die Beantwortung der Fragestellungen bezüglich der Steuerungswirkungen von Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht auf das Inanspruchnahmeverhalten ist aus wissenschaftlicher Sicht solide nur im Rahmen eines Fall-Kontrollgruppen-konzeptes möglich. Die Durchführung eines Fall-Kontrollgruppendedesigns zur Analyse der generellen Verhaltenseffekte erscheint jedoch nicht machbar. So ist die Befreiung für ganz Deutschland per Gesetz geregelt, eine regionale Kontrollgruppe ohne Zuzahlungsbefreiung daher nicht definierbar. Eine geeignete Versichertengruppe lässt sich auch ansonsten kaum identifizieren. Versicherte, die keine Zuzahlungsbefreiung beantragt haben und daher trotz hohem Zuzahlungsbetrag keine Befreiung bekommen, dürften als Gruppe nicht sinnvoll mit den Befreiten zu vergleichen sein. Gleiches gilt für diejenigen, die aufgrund ihres hohen Einkommens trotz hohem Zuzahlungsbetrag nicht befreit werden.

Eine reine Betrachtung von Leistungsausgaben vor und nach einer Zuzahlungsbefreiung (also ohne Kontrollgruppe) verhilft zwar zu mehr Transparenz, kann aber keinen Kausalzusammenhang zwischen der Befreiung und der Ausgabenentwicklung herstellen, andere Einflussfaktoren (bspw. die individuelle Morbiditätsentwicklung dieser hochselektiven Versichertengruppe), die bei der Entwicklung der Ausgaben eine Rolle spielen, würden dabei fälschlicherweise außer Acht gelassen.

Eine Analyse der Steuerungswirkungen von Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht auf das Inanspruchnahmeverhalten beinhaltet außerdem detaillierte Kenntnisse über die Steuerungswirkungen von Zuzahlungen. Die Diskussion um solche Steuerungswirkungen ist jedoch äußerst komplex, immer auch ideologiebehaftet und die Studienlage keinesfalls eindeutig. Generell lässt sich sagen, dass die Steuerungswirkungen von Zuzahlungen immer auch im Zusammenhang mit Vergütungsanreizen bei den Leistungserbringern gesehen werden müssen, die insofern in den verschiedenen Leistungsbereichen unterschiedlich ausgeprägt sind. Außerdem kommt es bei der Steuerungswirkung bekanntermaßen auch auf die Art und Ausprägung der Zuzahlung an. Wichtig ist, dass bei einer Analyse immer auch langfristige Auswirkungen mit betrachtet werden müssten, insbesondere um intertemporale Kostenverlagerungen mit in den Blick zu nehmen (Stichwort: Kurzfristiges Wegsteuern von Leistungen könnte langfristig zu höheren Ausgaben führen etc.). Hinzu kommt, dass die Konsumentensouveränität, die im Gesundheitswesen ohne



hin nur als begrenzt angesehen werden kann, in den einzelnen Leistungsbereichen unterschiedlich ausgeprägt ist, aber auch innerhalb der Bevölkerung ungleich verteilt ist, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Steuerungswirkungen von Zuzahlungen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei der wissenschaftlichen Analyse der Steuerungswirkungen von Zuzahlungsregelungen samt der Auswirkungen von Befreiungsregelungen um eine äußerst komplexe Angelegenheit handelt, die zudem in Teilen bezüglich ihrer Machbarkeit fraglich scheint und nur im Rahmen einer differenzierten langfristigen Analyse angegangen werden könnte.

C. Änderungsvorschlag

Realistisch erscheint ein Transparenzbericht, der mit Hilfe von Krankenkassendaten für den Bereich Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiungen erstellt wird. Es wird vorgeschlagen, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen Daten zu Umfang von Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiungen in einem gemeinsamen Bericht zusammenstellen. Ein solcher deskriptiver Bericht wäre bis Ende 2007 zu erstellen.



**Artikel 1 Nr. 38
§ 64 Abs. 2 SGB V (Vereinbarungen mit Leistungserbringern)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der Möglichkeit der Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Bundesmantelverträgen Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben zu schließen.

B. Stellungnahme

Dem Vorschlag kann zugestimmt werden.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 1 Nr. 39
§ 65a SGB V (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des Absatzes 1 wird klargestellt, dass ein satzungsgemäßer Anspruch auf einen Bonus zusätzlich zu einer ggf. gemäß § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu gewährenden Absenkung der Belastungsgrenze (Chronikerregelung) beansprucht werden kann.

Die weiteren Änderungen des § 65 a SGB V sind redaktioneller Natur und beziehen sich insbesondere auf die Einführung von Wahltarifen in § 53 SGB V.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Klarstellung in Abs. 1 ist sinnvoll. Bezüglich der redaktionellen Änderungen ab Absatz 2 vgl. Stellungnahme Art 1 Nr. 33 § 53 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 40

§ 65b SGB V (Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gegenwärtig schreibt § 65b SGB V vor, dass die Spitzenverbände gemeinsam und einheitlich die Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung zu fördern haben. Die inhaltlich unveränderte Aufgabe wird durch die Änderungsvorschrift auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

Die Organisationsänderung macht zudem eine Änderung des Finanzierungsmodus notwendig. Künftig sollen die Fördermittel durch den Spitzenverband Bund von den einzelnen Krankenkassen entsprechend ihrer am 1.7. des jeweiligen Vorjahres Mitgliederzahl (Verfahren, Mitgliederzahl bleibt) eingezogen.

B. Stellungnahme

Die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird abgelehnt. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V). Folglich wird auch die Übertragung der vorliegenden Aufgabe von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

Die Spitzenverbände haben den § 65b bisher hervorragend umgesetzt. Eine Übertragung der Aufgabe auf den Spitzenverband Bund ist daher nicht notwendig und würde bei Aufbau und Umsetzung zusätzliche bürokratische Folgekosten hervorrufen.

So erforderte die neue Organisationsstruktur die Umstellung der Umlage auf die einzelne Krankenkasse. Dies hätte zur Folge, dass nach derzeitigem Vertrag mit dem Modellverbund alle zwei Monate von jeder Krankenkasse der Finanzanteil an den Spitzenverband Bund zu überweisen wäre. Der Aufwand je Krankenkasse und der Kontrollaufwand für den Zahlungseingang beim Spitzenverband für ein Finanzvolumen von 5,113 Mio. Euro steigt dadurch enorm.

Verbessert werden könnten die Regelungen zum § 65b SGB V durch die Beteiligung der PKV an der Finanzierung. Die Spitzenverbände fordern vor dem Hintergrund, dass auch privatversicherte Personen die unabhängige Patientenberatung in Anspruch nehmen, dass die PKV an der Modellfinanzierung in Höhe ihres Marktanteils beteiligt werden muss.

C. Änderungsvorschlag

1. Artikel 1 Nr. 40 wird gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



2. § 65b wird um einen neuen Abs. 3 ergänzt:

(3) Ergänzend beteiligt sich die private Krankenversicherung an der Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach Abs. 1 durch einen Finanzierungsbeitrag in Höhe von jährlich insgesamt 500.000 Euro.



Artikel 1 Nr. 41 § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bleibt unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds erhalten und bezieht sich künftig auch auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Gesundheitsfonds und die Einführung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages für Versicherte ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 182, § 271 und Nr. 161, § 242). Folglich wird unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds auch die Ausweitung des Gebotes der Beitragssatzstabilität auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 41 ist zu streichen.



Artikel 1 Nr. 42, § 72a SGB V (Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht haben neben den Landesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung auch die Verbände der Ersatzkassen vor einer möglichen Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen und ihre Verbände ein Anhörungsrecht gegenüber der Aufsichtsbehörde (§ 72a Abs. 1 SGB V). Wurde der Sicherstellungsauftrag übertragen, so schließen neben den Landesverbänden der Krankenkassen auch die Verbände der Ersatzkassen zur Sicherstellung der Versorgung Einzel- oder Gruppenverträge Leistungserbringern (§ 72a Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Mit der Änderungsvorschrift werden diese Rechte bzw. Aufgaben von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. Zur Begründung vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Aufgabenübertragung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 42 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 43 **§ 73 SGB V (Vertragsärztliche Versorgung)**

A. Beabsichtigte Neuregelungen

- a) Die Absätze 1c und 7 werden aufgehoben.
- b) Im Absatz 8 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „ und Bezugsquellen“ eingefügt.

B. Stellungnahme

- a) Nach Absatz 1 c vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der KBV das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung. Sie regeln die Bedingungen, zu denen Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung bis zum 31.12.1995 sowohl an der hausärztlichen als auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen können. Diese Vorschrift ist verzichtbar. Gegen die Aufhebung ist folglich nichts einzuwenden.

Absatz 7 ist seit 1998 gegenstandslos und wird in den aktuellen Gesetzestexten schon nicht mehr aufgeführt. Gegen die Aufhebung ist folglich nichts einzuwenden.

- b) Mit den Änderung werden die Krankenkassen ermächtigt die Vertragsärzte ergänzend zu den Preisen für eine verordnete Leistung auch über unterschiedliche Bezugsquellen der Leistung zu informieren. Soweit Krankenkassen Einzelverträge mit Lieferanten für den Sprechstundenbedarf schließen können Sie somit die Ärzte über diese Änderung auch über die damit verbundenen Preise informieren. Die Regelung ermöglicht damit den Ärzten den Preisvergleich und somit eine wirtschaftlicher Versorgung. Die Regelung wird deshalb befürwortete.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1, Nr. 44 **§ 73a SGB V (Strukturverträge)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in den Verträgen nach § 83 (Gesamtverträge) Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder vernetzten Praxen Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der verordneten oder veranlassten Leistungen übertragen. Diese Aufgabe soll von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen werden.
- b) Durch die Streichung des Absatzes 2 wird den Partnern des Bundesmantelvertrages die Möglichkeit genommen, Rahmenvereinbarungen zum Inhalt und zur Durchführung der Strukturverträge zu treffen.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. Zur Begründung vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Aufgabenübertragung abgelehnt.
- b) Durch die Streichung wird den Partnern des Bundesmantelvertrages die Möglichkeit genommen, einen einheitlichen Rahmen für die regionalen Strukturverträge vorzugeben. Die Begründung der Streichung des Absatzes mit der Verschlingung des neuen Spitzenverbandes Bund ist nicht zutreffend, da auch bisher eine „Kann“-Regelung vorlag. Eine Prioritätensetzung kann also bereits jetzt erfolgen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 44 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 45

§ 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderungsvorschrift wird der geltende § 73b SGB V vollständig neu gefasst. Die Neuregelung enthält folgende Änderungen:

- Die Krankenkassen haben den Versicherten eine koordinierte, besonders qualifizierte und wirtschaftliche hausärztliche Versorgung anzubieten.
- Mindestanforderungen sind Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, Beachtung von Leitlinien, Fortbildung und internes Qualitätsmanagement.
- Verträge können auch mit Dienstleistungsgesellschaften abgeschlossen werden.
- Gesamtvergütungen sind zu bereinigen.

B. Stellungnahme

Die bereits bestehenden Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung werden ergänzt und konkretisiert. Es werden Mindestanforderungen vorgegeben und es wird klargestellt, dass die von den Krankenkassen anzubietende hausarztzentrierte Versorgung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist (Verpflichtung zur Regelung in den Gesamtverträgen entfällt). Entsprechend ist die Gesamtvergütung zu bereinigen.

Grundsätzlich ist die Neuregelung zu begrüßen, soweit sie den Spielraum für selektive Verträge erweitert. Die beabsichtigte Neuregelung in der vorgeschlagenen Form bedeutet jedoch mehr Bürokratie und schränkt bestehende Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen eher ein. In den Absätzen 2 bis 6 werden die Vertragsinhalte sehr eingeschränkt und die Voraussetzungen differenziert vorgeschrieben. Der Gestaltungsfreiraum der Vertragspartner ist dadurch erheblich eingeschränkt.

Problematisch bleibt darüber hinaus die von den Krankenkassen zu leistende Finanzierung der hausarztzentrierten Versorgung (einschl. der den Versicherten nach § 53 Abs. 3 anzubietenden Wahltarife). Einerseits ist eine risikogerechte Bereinigung der Gesamtvergütung schwierig, wenn ab 2009 die hausärztlichen Leistungen nur noch pauschal vergütet werden. Andererseits fehlt nach wie vor der Nachweis, dass hausarztzentrierte Versorgung zu relevanten Einsparungen führt. Vor diesem Hintergrund ist die Verpflichtung der Krankenkassen, in jedem Fall eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, abzulehnen. Über dieses Angebot sollte vielmehr im Wettbewerb entschieden werden (analog zu § 73c SGB V).



Überflüssig ist die faktische Notwendigkeit, die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Vergütung des Notdienstes in die Gestaltung der Hausarztverträge einzubinden. Es wäre unproblematisch, den Notdienst vom Inhalt der Hausarztverträge zu trennen.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 45 werden § 73b Abs. 1 bis 3 wie folgt gefasst:

"(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten.

(2) Die hausarztzentrierte Versorgung zeichnet sich insbesondere durch die Erfüllung von in den Verträgen zu definierenden Mindestqualitätsmerkmalen aus, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1b und 1c hinausgehen.

(3) Die Versicherten erklären schriftlich ihre freiwillige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber ihrer Krankenkasse und verpflichten sich, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen."

In Artikel 1 Nr. 45 wird § 73b Abs. 4 Satz 4 gestrichen.



Artikel 1 Nr. 46

§ 73c SGB V (Besondere ambulante vertragsärztliche Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderungsvorschrift entfällt der bisherige § 73c SGB V (Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung) und wird durch die neue Vorschrift über die besondere ambulante ärztliche Versorgung ersetzt. Die Neuregelung sieht folgende Neuerungen vor:

- Die Krankenkassen können den Versicherten die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf der Basis selektiver Vertragsabschlüsse anbieten.
- Die Verträge können sich sowohl auf die versichertenbezogene gesamte ambulante Versorgung beziehen, als auch indikationsbezogen abgeschlossen werden.
- Die Verträge können geschlossen werden mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, weiteren Trägern von Einrichtungen, die vertragsärztliche Leistungen anbieten, und Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.
- Die Gesamtvergütungen bzw. ab 2009 der Behandlungsbedarf sind zu bereinigen.

B. Stellungnahme

Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, auch im Rahmen der ambulanten, nicht sektorübergreifenden Versorgung Selektivverträge abzuschließen. Diese Möglichkeit ist grundsätzlich zu begrüßen; sie ist ein Schritt hin zu mehr Wettbewerb in der vertragsärztlichen Versorgung. Dem entspricht auch die Regelung, dass von Seiten der Anbieter kein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht.

Nicht nachvollziehbar ist, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen Partner von Selektivverträgen nach § 73c SGB V sein können. Denn dadurch konkurrieren die für die Kollektivverträge zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit sich selbst und mit ihren Mitgliedern.

Bedenklich ist die Regelung in Abs. 4, dass Gegenstand der Versorgungsaufträge all jene Leistungen sein können, über deren Eignung als Leistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Durch diese Regelung besteht die Gefahr, dass der für den ambulanten Bereich geltende Erlaubnisvorbehalt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss umgangen werden kann.



Problematisch sind auch die Vorgaben zur Bereinigung der Gesamtvergütung in Abs. 6. Die Bereinigung muss mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartnern der Gesamtverträge verhandelt werden, die im allgemeinen kein Interesse an direkten Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten haben bzw. sich dadurch in Frage gestellt sehen. Die Erfahrungen im Bereich der Integrierten Versorgung haben gezeigt, dass es kaum zu Vertragsabschlüssen gekommen ist, solange die Bereinigung der Gesamtvergütung zu verhandeln war. Erst die Anschubfinanzierung in Form der Einbehaltung von bis zu 1 v.H. der Gesamtvergütung hat einen Durchbruch im Angebot von Verträgen zur Integrierten Versorgung erbracht. Wenn die Verträge zur besonderen ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wirksam gefördert werden sollen, sollten sie mit einer entsprechenden Anschubfinanzierung verbunden werden.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 46 wird in § 73c Abs. 3 die Nr. 4 ("Kassenärztlichen Vereinigungen") ersatzlos gestrichen; in § 73c Abs. 4 Satz 2 werden die Worte "keine ablehnende Entscheidung" durch die Worte "eine positive Entscheidung" ersetzt.



Artikel 1, Nr. 47

§ 73d SGB V (Verordnung besonderer Arzneimittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgung mit besonderen Arzneimittel soll nur noch nach Zweitmeinung eines „spezialisierten“ Arztes oder durch diesen erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt in Richtlinien die besonderen Arzneimittel, die Verordnungskriterien und die Qualifikationsanforderungen für „spezialisierte“ Ärzte.

Die „spezialisierten“ Ärzte werden durch die KV'en einvernehmlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Sie haben Industriebeziehungen offen zu legen. Als Umsetzungsfrist ist für die regionalen Vertragspartner der 31.12.2008 bestimmt.

Für einzelne Krankenkassen besteht Vertragsoption mit Ausschreibung, wenn eine Festlegung der regionalen Vertragspartner ausbleibt. Alternativ können Krankenkassen Krankenhausärzte aus § 116b-Verträgen in Anspruch nehmen.

Besondere Arzneimittel sind als Praxisbesonderheit von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen.

B. Stellungnahme

Regelungsansatz folgt einer alten Forderung der Krankenkassen.

Die Umsetzung über den G-BA, die regionalen Vertragspartner und gegebenenfalls die Vertragsoption für einzelne Krankenkassen ist für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung kaum herstellbar. Der Zusammenhang mit Verträgen nach § 116b SGB V geht ins Leere, da dort den Krankenkassen die Vertragskompetenz entzogen wird.

Neue Arzneimittel werden über Krankenhäuser in die ambulante Versorgung eingeführt. Ob die zukünftig sektorenübergreifende Besetzung des G-BA hier entgegen wirkt, ist ungewiss. Das Einfallstor der Industrie wird nicht geschlossen.

Soll das Zweitmeinungsverfahren die Qualität der Versorgung verbessern, müsste auf Wohnortnähe zugunsten tatsächlich spezialisierter und vom G-BA benannter Zentren verzichtet werden.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen für „spezialisierte“ Ärzte sollten nicht aufgehoben werden. Da sie den gleichen Patientenkreis mit den besonderen Arzneimitteln behandeln, sind ihre Arzneimittelverordnungen in Prüfverfahren untereinander vergleichbar.



C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 47 wird wie folgt gefasst:

„§ 73d – Verordnung besonderer Arzneimittel

(1) Die Verordnung von Arzneimitteln mit Wirkstoffen, bei denen aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), erfolgt durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Absatz 2 oder durch diesen Arzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere insbesondere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte nach Absatz 2 für die jeweiligen Arzneimittel. In den Richtlinien ist das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt nach Absatz 2 zu regeln. In den Richtlinien soll vorgesehen werden, dass die erstmalige Verordnung sowie eine Wiederholung der Verordnung nach Ablauf einer bestimmten Frist von einem Arzt nach Absatz 2 erfolgt, soweit dies zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolgs oder der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist.

(2) Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie sind im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätige Ärzte, die die Voraussetzungen der nach Absatz 1 beschlossenen Richtlinien erfüllen; sie werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt, sofern sie ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen legen. Kommt eine Einigung nach Satz 2 nicht innerhalb 90 Tagen zustande, entscheidet das Schiedsamt nach § 89. [Rest gestrichen!]

(3) Ärzte, die nach den Richtlinien nach Absatz 1 in demselben Indikationsgebiet verordnen, gelten für diese Verordnungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 als gesonderte Arztgruppe. §§ 296 bis 298 gelten entsprechend.

(4) Arzneimittel sind nach den Vorschriften des Absatzes 1 zu verordnen, sobald im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung der Versorgung im Rahmen der aufgrund dieser Vorschrift vorgesehenen Verfahren sichergestellt ist; die Voraussetzungen hierfür sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2008 zu schaffen. Die Kassenärztliche Vereinigung gibt den Zeitpunkt in ihrem Mitteilungsblatt bekannt, ab dem das Verfahren nach Absatz 1 Satz 1 gilt.

(5) Absatz 1 und 4 gilt als Diagnostika entsprechend.“



**Artikel 1 Nr. 48
§ 75 Abs. 3 a (neu) SGB V**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV haben die ärztliche Versorgung der im Basis- oder Standardtarif der PKV Versicherten sicherzustellen. Die Vergütung ist mit der PKV zu vereinbaren. Wird keine Einigung erzielt, gilt die Vergütung der Ersatzkassen.

B. Stellungnahme

Die Regelung betrifft nicht unmittelbar die GKV. Soweit sie dazu beiträgt, dass eine unterschiedliche Behandlung von PKV- und GKV-Versicherten durch Ärzte infolge unterschiedlich hoher Vergütungen künftig vermieden wird, ist sie zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 1, Nr. 49 § 77 a SGB V (Dienstleistungsgesellschaften)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV können zur Erfüllung der folgenden Aufgaben Gesellschaften gründen oder sich daran beteiligen:

- Beratung beim Abschluss von Verträgen oder Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit GKV-Leistungen betreffen,
- Beratung zu Fragen des Datenschutzes, der Datenvereinbarung und -sicherung,
- Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen, vertragsärztlich relevanten Fragen und
- Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze.

Die Gesellschaften können nur gegen Kostenersatz tätig werden und dürfen nicht aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert werden.

B. Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass der Referentenentwurf den Dienstleistungsgesellschaften Vertragsabschlüsse zur Hausarztzentrierten Versorgung, zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur Integrierten Versorgung nicht mehr ermöglicht, da dies zu einem strukturellen Interessenskonflikt der Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertretung der Ärzte in der herkömmlichen vertragsärztlichen Versorgung einerseits und als Anbieter von Versorgungsverträgen andererseits geführt hätte.

Die Beratung und Unterstützung von Vertragsärzten in den nun aufgeführten Aufgabenbereichen ist dagegen unproblematisch.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 50
§ 81 SGB V (Satzung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 81 Abs. 3 Nr. 2 wird die Angabe §§ 136a und 136b Abs. 1 und 2 durch die Angabe §137 Abs. 1 und 4 ersetzt. Damit werden die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen (§136a) und in der vertragszahnärztlichen Versorgung (136b) in einer Gesetzesnorm zusammengefasst (§137 neu). Hierauf wird redaktionell in §81 Abs. 3 Nr. 2 Bezug genommen.

B. Stellungnahme

Die Folgeänderung in § 81 Abs. 3 Nr. 2 ist sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 1, Nr. 51 Buchstaben a), b) und c) § 82 SGB V (Kassen- und Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Verträge auf Bundes- und Landesebene, Grundsätze)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach § 82 Absatz 1 – geltende Fassung - vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge. Dieser ist Bestandteil der Gesamtverträge. An die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen soll künftig der Spitzenverband Bund treten.
- b) Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden nach § 82 Absatz 2 von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Gesamtverträge geregelt. Auf Seiten der Ersatzkassen soll diese Aufgabe künftig nicht mehr von den Verbänden der Ersatzkassen, sondern von den Ersatzkassen selbst wahrgenommen werden.
- c) Hier wird ein Verweis verändert. Die dazu gemachten Angaben sind in der geltenden Fassung des § 82 nicht vorhanden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Vertragskompetenz bei den Bundesmantelverträgen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- b) Der Übergang der Vertragskompetenzen bei den Gesamtverträgen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst wird abgelehnt (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V). Die Änderung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 51, Buchstaben a), b) und c) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 52 **§ 83 SGB V (Gesamtverträge)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den für den Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. Mit der vorgesehenen Neuregelung soll diese Vertragskompetenz bei den Ersatzkassen von deren Verbänden auf die Ersatzkassen selbst übergehen.

Im Referentenentwurf ist keine Änderung zur Einführung des Wohnortprinzips für die Primärkassen vorgesehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen plädieren dafür, hier den Rechtszustand vor dem 1.1.2006 wieder einzuführen. Damit würde bewirkt, dass wie bisher das „Kassensitzprinzip“ insbesondere für die AOK gilt, d.h. die gesamtvertraglichen Regelungen, die vor Ort zwischen der zuständigen KV/KZV und den zuständigen Krankenkassen, bzw. deren Verbänden geschlossen werden, gelten für deren Mitglieder, einschließlich deren Familienangehörigen unabhängig davon, wo sie wohnen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen den Übergang der Kompetenzen der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst auf der Landesebene grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr.144, § 212 SGB V). Sie lehnen deshalb auch die Übertragung der Kompetenz zum Abschluss der Gesamtverträge von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab.

Nach Artikel 37 Abs. 9 GMG wurde mit Wirkung zum 01.01.2006 der bisher geltende § 83 Satz 2 SGB V gestrichen. Damit gilt seitdem für Krankenkassen, die jeweils nur auf einen Bezirk begrenzt sind, ebenfalls das Wohnortprinzip mit den Folgewirkungen für eine aufwändige organisatorische und finanzielle Abwicklung. Rechnungsempfänger sind beispielsweise nicht mehr nur die für den Verwaltungsbezirk einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung zuständigen Krankenkasse, sondern jede Krankenkasse mit Versicherten mit Wohnort in diesem Verwaltungsbezirk.

Die Mehrheit der Versicherten dieser Krankenkassen sind Versicherte der AOK. Rund 96 Prozent der Mitglieder (17,4 Millionen) der AOK wohnen im Bezirk der jeweiligen AOK. Für diesen Personenkreis ist das Wohnortprinzip bereits umgesetzt. Für die Mehrzahl der Versicherten bei den BKK und IKK (83,8%) wurde das Wohnortprinzip bereits zum 01.01.2002 umgesetzt. Insofern haben sich bisher keine vergütungsrelevanten Probleme ergeben, die mit dem Wohnsitz der Versicherten zusammenhängen und nicht gelöst wurden.



Eine Umstellung für die restlichen Mitglieder der betroffenen Kassenarten ist mit einem extrem hohen Verwaltungsaufwand verbunden, der lediglich zu unwesentlichen Verschiebungen der Finanzströme führt (vergleiche hierzu auch das gemeinsame Schreiben von KBV und AOK-BV, IKK-BV und BKK-BV an das BMG vom 03.02.2006 sowie die gemeinsame Stellungnahme der AOK-BW und der KZV BW vom 18.05.2006 an diverse Mitglieder des Bundestages.

Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass mit der Einführung des Wohnortprinzips eine erhebliche Steigerung des Verwaltungsaufwandes verbunden ist. Bestehende Abrechnungswege und Budgetregelungen zwischen Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen werden komplizierter, weil Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen nicht mehr nur gebündelte Abrechnungen an die für den Verwaltungssitz zuständige Krankenkasse erstellen, sondern den einzelnen Kassen Kosten für Mitglieder direkt in Rechnung zu stellen haben, die im Verwaltungsbezirk der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung wohnen.

Damit dient diese gesetzliche Regelung nicht dem geforderten Bürokratieabbau.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 52 wird wie folgt gefasst:

"In § 83 wird nach Satz 1 folgender Satz neu eingefügt:

„Sofern sich der Bezirk einer Krankenkasse nicht über mehr als ein Land erstreckt, schließen abweichend von Satz 1 die für den Bezirk zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit den für die Krankenkassen zuständigen Landesverbände und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.“



Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa), bb), cc) und dd), Buchstaben b), c), d) Doppelbuchstabe aa), bb) und cc), Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) und bb), Buchstabe f)
§ 84 SGB V (Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a)
- aa) Nach geltendem Recht treffen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln für das jeweils folgende Jahr eine Arzneimittelvereinbarung. Die vorgesehene Neuregelung würde die Kompetenz zum Abschluss dieser Vereinbarung von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen. Die Ersatzkassen werden dadurch unmittelbare Vertragspartner bei den regionalen Arzneimittelvereinbarungen.
 - bb) Die Arzneimittelvereinbarung umfasst u.a. Zielvereinbarungen. Das sind Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ziele, insbesondere zur Information und Beratung der Ärzte. Nach der vorgesehenen Neuregelung sollen auch Maßnahmen zur Verordnung von wirtschaftlichen Einzelmengen Gegenstand dieser Zielvereinbarungen werden.
 - cc) Nach geltendem Recht teilen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen das im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung vereinbarte oder ggf. vom Schiedsamt festgesetzte Ausgabenvolumen (für die insgesamt von den Vertragsärzten verordneten Arzneimittel) ihrem jeweiligen Spitzenverband mit. Nach der vorgesehenen Neuregelung soll die Meldung künftig an den Spitzenverband Bund erfolgen und bei den Ersatzkassen von diesen selbst und nicht mehr von ihren Verbänden getätigt werden.
 - dd) Die Neuregelung soll bewirken, dass die Krankenkassen künftig mit Ärzten Vereinbarungen treffen können, die von der Arzneimittelvereinbarung abweichen oder über diese hinausgehen.
- b) Nach geltendem Recht kann in den Arzneimittelvereinbarungen bestimmt werden, dass ein bestimmter Prozentsatz der Gesamtvergütungen für die ärztlichen Leistungen für abgestimmte Maßnahmen zur Information und Beratung der Ärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung verwendet wird. Aus diesem Betrag sollen auch Bonuszahlungen an Vertragsärzte verteilt werden, bei denen die Schnellinformationen (monatliche Berichte der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Entwicklung der Ausgaben von Arznei- und Verbandmitteln) anzeigen, dass das Richtgrößenvolumen (Volumen der je Arzt verordneten Arznei- und Verbandmittel) nicht überschritten wird.



Daneben vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen für Gruppen von Arzneimitteln für verordnungsstarke Anwendungsgebiete, die bedeutsam zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind, Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit, die sich bei wirtschaftlicher Verordnungsweise ergeben. Überschreiten die Ausgaben der von einem Arzt verordneten Arzneimittel diese Durchschnittskosten, hat er einen Teil des Überschreibungsbetrags gegenüber den Krankenkassen auszugleichen (Malus), Unterschreiten die Ausgaben der von den Ärzten einer Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt verordneten Arzneimittel die Durchschnittskosten, entrichten die Krankenkassen einen vereinbarten Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung, die diesen unter den Vertragsärzten verteilt, die wirtschaftlich verordnet haben.

Nach der vorgesehenen Neuregelung sollen diese Bonus- und Bonus-/Malus-Vereinbarungen für einen Arzt keine Anwendung finden, soweit er zu Lasten einer Krankenkassen Arzneimittel verordnet, für die eine Rabattvereinbarung mit pharmazeutischen Unternehmen besteht (seit dem AVWG können die Krankenkassen die Vertragsärzte an diesen Rabattverträgen beteiligen).

- c) Nach geltendem Recht haften die Vorstände der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigung für die ordnungsgemäße Umsetzung der Arzneimittelvereinbarungen. Nach der vorgesehenen Neuregelung sollen dies bei den Ersatzkassen künftig nicht die Vorstände der Ersatzkassenverbände haften, sondern die Vorstände der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartner bei der Arzneimittelvereinbarung sind.
- d) Nach § 84 Absatz 5 haben die Krankenkassen die von den Vertragsärzten veranlassenen Arzneimittelausgaben arztbezogen zu erfassen.
 - aa) Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung ihren jeweiligen Spitzenverbänden, die sie kassenartenübergreifend zusammenführen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden übermitteln. Die vorgesehene Neuregelung überträgt diese kassenartenübergreifende Zusammenführung und die arztbezogene Bereitstellung der abrechnungsgeprüften Arzneimitteldaten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund. Dieser soll die zusammengeführten Daten künftig auch an die Ersatzkassen übermitteln, weil diese die heutigen Aufgaben der Ersatzkassenverbände bei den Arzneimittelvereinbarungen und deren Umsetzung übernehmen.
 - bb) Auf Basis der zusammengeführten Arzneimitteldaten erstellen die Spitzenverbände nach geltendem Recht gemeinsam und einheitlich für jede Kassenärztliche Vereinigung monatliche Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Arznei- und Verbandmitteln und übermitteln diese Berichte als Schnellinformation den Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere für Abschluss und Durchführung der Arzneimittelvereinbarung und zur Information der Ärzte. Nach der vorgesehenen Neuregelung sollen diese Schnellinformationen vom Spitzenverband Bund erstellt und übermittelt werden.



- cc) Nach geltendem Recht können die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Arbeitsgemeinschaft bilden und diese mit der Zusammenführung, Aufbereitung und Übermittlung der Arzneimitteldaten beauftragen. An die Stelle der Spitzenverbände sollen nach der vorgesehenen Neuregelung die Krankenkassen und der Spitzenverband Bund treten.
- e)
 - aa) Nach geltendem Recht vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich für das jeweils folgende Kalenderjahr Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen und für die Inhalte der Informationen und Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. Nach der vorgesehenen Neuregelung soll auch diese Vereinbarungskompetenz von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übergehen.
 - bb) Bestandteil der Arzneimittelvereinbarungen sind arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen, die Durchschnittsverordnungswerte bezogen auf nach altersgemäß gegliederte Patientengruppen und Krankheiten darstellen. Die dabei zu Grunde zu legende altersgemäße Gliederung der Patientengruppen sollen Kassenärztliche Vereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen in ihren Rahmenvorgaben verbindlich vorgeben. In der geltenden Vorschrift findet sich der Hinweis, dass sie bei der Bestimmung der Krankheiten die Beschlüsse des Koordinierungsausschusses nach § 137 e Abs. 3 Nr. 1 zu berücksichtigen haben. Zwischenzeitlich gibt es aber den Koordinierungsausschuss und die Vorschrift des § 137 e Abs. 3 Nr. 1 nicht mehr. Die vorgesehene Änderung streicht diesen Verweis deshalb.
- f) Nach § 84 Absatz 7a Satz 9 stellt der Prüfungsausschuss für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Ablauf eines Quartals fest, Über- und Unterschreitungen im Rahmen der sogenannten Bonus-/Malus-Regelungen (vgl. oben unter b)) fest. Die vorgesehene Neuregelung setzt an die Stelle des Prüfungsausschusses die Prüfstelle.

B. Stellungnahme

- a)
 - aa) Die Spitzenverbände der Krankenkasse lehnen die Übertragung der Kompetenzen der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144, § 212 Abs. 5 SGB V). Sie lehnen folglich auch die entsprechende Übertragung der Vertragskompetenz für die Arzneimittelvereinbarung ab.
 - bb) Die Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen ist rechtsystematisch in der Arzneimittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V zu regeln.



- cc) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Meldung der in den Arzneimittelvereinbarungen festgelegten Ausgabenvolumen an den Spitzenverband Bund ab.
- dd) Die ohnehin eher appelatorische Ausgabensteuerung auf Bundes- und Landesebene wird durch zusätzliche Individualisierung auf der Einzelvertragsebene weiter ausgehöhlt. Durch die Vielzahl konkurrierender Vereinbarungen ist die arztbezogene Erfassung und das Vertragscontrolling nicht mehr rechtssicher herstellbar. Hinzu treten Abweichungen von den Höchstpreisen durch vertragliche und freiwillige Minderungen des Abrechnungspreises in den Apotheken. Die vorgesehene Neuregelung wird deshalb abgelehnt.
- b) Rabattverträge garantieren per se nicht die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln. Gleichwohl werden mit der vorgeschlagenen Neuregelung die Arzneimittel, für die Rabattverträge vereinbart wurden, von der Wirtschaftlichkeitsprüfung freigestellt. Der Arzt wird für rabattierte Arzneimittel von der ökonomischen Verantwortung freigestellt. Die Wirtschaftlichkeit verantwortet allein die vertragschließende Krankenkasse. Da für Rabattverträge zwischen Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen nur eine Mitteilungspflicht besteht, ist die Vertragsermächtigung für Apotheken zu streichen (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 97 Buchstabe i)).
- c) Die Spitzenverbände der Krankenkasse lehnen die Übertragung der Kompetenzen der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144, § 212 Abs. 5 SGB V). Sie lehnen folglich auch die hier vorgesehene Übertragung der Haftung für die Arzneimittelvereinbarung und ihre Umsetzung von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab.
- d)
 - aa) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch Die Übertragung der kassenartenübergreifenden Zusammenführung der Arzneimittelausgabendaten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab. Die Spitzenverbände der Krankenkasse lehnen die Übertragung der Kompetenzen der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144, § 212 Abs. 5 SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Arzneimitteldaten von den Ersatzkassenverbänden auf Ersatzkassen ab.
 - bb) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Erstellung und Übermittlung der Schnellinformationen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.



- cc) Aus dem gleichen Grund wird die Übertragung der Kompetenz eine Arbeitsgemeinschaft für die Zusammenführung, Aufbereitung und Übermittlung der Arzneimitteldaten zu bilden von den Spitzenverbänden auf die Krankenkassen und den Spitzenverband Bund abgelehnt.
- e)
 - aa) Aus dem gleichen Grund wird die Übertragung der Kompetenz zum Abschluss der Rahmenvorgaben für die Arzneimittelvereinbarungen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.
 - bb) Gegen die Streichung des Verweises auf ein Gremium und eine Rechtsgrundlage, die es nicht mehr gibt, bestehen keine Bedenken.
- f) Die Ersetzung des Prüfungsausschusses durch die Prüfstelle ist eine notwendige Folgeänderung, nachdem an anderer Stelle im Gesetzentwurf die heutigen Prüfungsausschüsse und die Geschäftsstellen für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu den neuen Prüfstellen zusammen gelegt werden sollen. Die Änderung ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 53 wird wie folgt gefasst:

" § 84 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 7 Satz 5 werden die Wörter "unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Koordinierungsausschusses nach § 137e Abs. 3 Nr. 1" gestrichen.
- b) In Absatz 7a Satz 9 werden die Wörter "de Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die Prüfungsstelle" ersetzt und die Wörter "dem Prüfungsausschuss" durch die Wörter "die Prüfungsstelle" ersetzt."

In Artikel 1 Nr. 62 wird eingefügt:

In § 92 Absatz 1 und Satz 2 werden nach dem Wort „Verordnungsmengen“ die Wörter „sowie wirtschaftliche Einzelmengen“ eingefügt.



Artikel 1 Nr. 54 § 85 SGB V (Gesamtvergütung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) In Absatz. 2 Satz 8 soll in einem Verweis die Angabe "Satz 4" durch Angabe "Satz 2" ersetzt werden, weil an anderer Stelle im Gesetzentwurf aus dem vormaligen Satz 4 Satz 2 wird.
- b) Nach geltendem Recht werden nichtärztliche Dialyseleistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, außerhalb der Gesamtvergütung nach Vergütungssätzen honoriert, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart werden. Durch die vorgesehene Neuregelung soll die Vertragskompetenz von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen werden.
- c)
 - aa) Nach geltendem Recht vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen – erstmals bis zum 30. April 2004 – den Verteilungsmaßstab, nach dem die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte verteilt werden. Durch die beabsichtigte Neuregelung soll die Vertragskompetenz für den Verteilungsmaßstab von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst übergehen und die erstmalige Frist, die nicht mehr relevant ist, gestrichen werden.
 - bb) Es soll neu geregelt werden, dass der Verteilungsmaßstab eine nach Versorgungsgraden unterschiedliche Verteilung vorsehen können. Dies soll nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten. Die Kassenärztliche Vereinigung soll den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die für die Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes erforderlichen Daten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Verfügung stellen.

B. Stellungnahme

- a) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Streichung in § 13 Abs. 2.
- b) Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Übertragung der Kompetenzen der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144, Buchstabe e), § 212 Abs. 5 SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Vertragskompetenz für die Vergütungssätze für die nichtärztlichen Dialyseleistungen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab.
- d)
 - aa) Aus dem gleichen Grund wird die Übertragung der Vertragskompetenz für den Verteilungsmaßstab von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen



abgelehnt. Die Streichung des Termins für die erstmalige Vereinbarung des Verteilungsmaßstabs ist sinnvoll.

- bb) Die Option, den Verteilungsmaßstab nach Versorgungsgraden zu differenzieren, ist für den ärztlichen Bereich ausdrücklich zu begrüßen. Für den zahnärztlichen Bereich sollen die bisherigen Gesamtvergütungsregelungen dagegen beibehalten werden. Insofern empfiehlt sich auch keine Veränderung der gesetzlichen Grundlagen zur Verteilung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung.

Sinnvoll ist dagegen die gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen die zur Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.

Ergänzungsvorschlag.

In der zahnärztlichen Vergütung zahlen die Kassenarten unterschiedlich hohe Punktwerte. Dies stellt eine Wettbewerbsverzerrung dar. Es wird deshalb vorgeschlagen, analog zu den entsprechenden Änderungen bei der vertragsärztlichen Vergütung eine Punktwertangleichung vorzusehen.

Konkreter Änderungsvorschlag:

Hinter Buchstabe a) wird ein neuer Buchstabe eingefügt:

"In Absatz 2 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt;

Ab dem 01. Januar 2009 erfolgt die Vergütung in der vertragszahnärztlichen Versorgung auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwertes. Hierzu ermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen den bundeseinheitlichen Punktwert für das Jahr 2008 für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Für das Jahr 2009 wird der durchschnittliche Punktwert nach Satz 4 unter Anwendung der für das Jahr 2009 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das Bundesgebiet festgelegt."

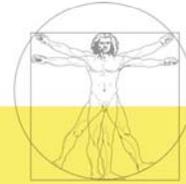
C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 54 wird wie folgt geändert:

Buchstabe b) wird gestrichen.

In Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa) werden die Wörter ""Verbänden der" sowie die Wörter" gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



GKV
Die Gesetzlichen Krankenkassen



Artikel 1 Nr. 55

§ 85a Abs. SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz. 1

Die Regelungen für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sollen ab dem 1. Januar 2009 gelten. Es wird klargestellt, dass ab dann die Regelungen zum Fremdkassenausgleich (), die Vorschriften des § 85 zur Gesamtvergütung und die Vorschrift, wonach die Verhandlungen über die Gesamtverträge auch von allen Verbände der Kassen auf der Landesebene gemeinsam geführt werden können nicht mehr gelten, für die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr gelten.

In den Absätzen 2 – 7 wird das neue Vergütungssystem wie folgt beschrieben:

Absatz 2

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich – erstmals zum 31. Oktober 2008 - Punktwerte. Dies soll auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Punktwerte geschehen, die jährlich als Orientierungswerte in Euro im einheitlichen Bewertungsmaßstab (vgl. Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe e), § 87 Abs. 2b Satz 1 Nr. 1 – 3) festzulegen sind. Dabei handelt es sich um drei Orientierungswerte: einen Punktwert für die ärztliche Vergütung im Regelfall, und je einen Punktwert für die Vergütung bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung und bei Feststellung von Überversorgung. Die auf Landesebene vereinbarten Punktwerte sind bei der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung im Folgejahr zu zahlen. Bei der Vereinbarung der Punktwerte können die Vertragspartner einen Zuschlag oder einen Abschlag zu den Orientierungswerten im einheitlichen Bewertungsmaßstab vereinbaren, insbesondere um regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Zur Messung solcher regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur legt der Bewertungsausschuss jährlich Indikatoren fest, die bei der Vereinbarung der Zu- und Abschläge auf Landesebene zu zwingend angewendet werden sollen. Der Zuschlag oder der Abschlag soll nicht nach Arztgruppen oder Kassenarten differenziert werden dürfen und soll einheitlich auf alle drei oben genannten Orientierungswerte angewendet werden. Er soll so festgelegt werden, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten regionalen Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen soll eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung erstellt werden, die sowohl die Preise für den Regelfall als auch bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung ausweist.

In Absatz 3

Die Vereinbarung der Gesamtvergütung wird neu geregelt. Danach sollen die Kassenärztliche Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der



Ersatzkassen jährlich einheitlich und gemeinsam die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vereinbaren, die die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen hat. Sie soll die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung abdecken. Hierzu soll zunächst auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes ein Punktzahlvolumen ermittelt werden, das den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf abbildet. Dieser Behandlungsbedarf soll mit den in Euro vereinbarten Punktwerten (vgl. oben zu Absatz 2) multipliziert werden. Das Ergebnis ist die Gesamtvergütung.

Ergibt sich im Laufe eines Jahres ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind diese ebenfalls mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Zur Bestimmung des Umfangs eines nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs soll der Bewertungsausschuss ein Verfahren vorgeben.

In den Fällen, in denen Versicherte Vertragsärzte außerhalb des Bundeslandes in Anspruch nehmen, in dem sie wohnen, sollen die Leistungen nach der dort geltenden Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Entsprechende Zahlungen sollen bei der Kalkulation der nächsten Gesamtvergütung zu berücksichtig werden.

Bei der Ermittlung der Gesamtvergütung wird die Zahl der Versicherten anhand der Versicherungstage ermittelt. Weicht die tatsächliche Zahl der Versicherungstage am Ende eines Jahres von der bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zugrunde gelegten ab, soll dies bei der nächsten Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtig werden. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen – mit Ausnahme der von Nicht-Vertragsärzten erbrachten Leistungen – sollen auf die Gesamtvergütung angerechnet werden.

Bei der erstmals für 2009 zu vereinbarenden morbiditätsorientierten Gesamtvergütung soll der Behandlungsbedarf wie folgt bestimmt werden: Für jede Krankenkasse soll die in 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen nach einem vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Verfahren ermittelt werden – ausgehend von einer Hochrechnung aus den Abrechnungsdaten des ersten Halbjahres 2008.

Der Bewertungsausschuss soll darüber hinaus die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsorientierten Leistungsmenge je Versicherten für das Jahr 2009 schätzen. Dabei soll er folgende Veränderungen berücksichtigen:

1. Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten;
2. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfang der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses beruhen;
3. Umfang der Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
4. Umfang der Leistungen aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung.



Aus der Multiplikation der so ermittelten voraussichtlichen Leistungsmenge in 2008 mit der Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungen in 2009 und der voraussichtlichen Zahl der Versicherten (gemessen in Versichertentagen) soll sich dann der Behandlungsbedarf für 2009 ergeben.

In Absatz 4

Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs sind in den Folgejahren immer die oben genannten 4 Veränderungen nach Maßgabe der ebenfalls oben erwähnten vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren, die in Absatz 5 benannt werden, zu berücksichtigen.

Dabei wird bestimmt, dass der Bewertungsausschuss für das Verfahren zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf bilden und dabei ein zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeignetes Klassifikationsverfahren anwenden soll. Grundlage dafür sollen die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen in den Abrechnungsunterlagen sowie die tatsächlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen sein. Falls erforderlich sollen weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden können, die mit den jeweils geltenden Risikostrukturausgleich verwendeten Morbiditätskriterien vereinbar sein sollen.

In Absatz 6

Die Krankenkassen sollen für die bisher aufgeführten Vereinbarungen erforderlichen versichertenbezogenen Daten übermitteln. Sie sollen für die Erhebung und Übermittlung auch eine Arbeitsgemeinschaft bilden können und beauftragen können. Der Bewertungsausschuss soll Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der Datenübermittlung bestimmen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sollen befugt werden, in diesem Umfang versichertenbezogene Daten zu erheben und zu verarbeiten und verpflichtet, die Daten zu löschen, wenn sie sie nicht mehr benötigen. Für die Hochrechnung der Leistungsdaten in 2008 soll die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen die vorliegenden Daten über die im 1. Halbjahr 2008 erbrachten Leistungen bis zum 1. September 2008 liefern.

Absatz 7

Der Bewertungsausschuss beschließt Regelungen zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und zum Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den betroffenen Krankenkassen. Diese Regelungen sollen sicherstellen, dass die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Leistung erbracht wird, von der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat, den in der Leistungserbringer KV in der Euro-Gebührenordnung vorgesehenen Preis erhält (bisher wird der Preis gezahlt, den die Kasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten vereinbart hat. Für den Fall, dass dieser von dem Preis in der zahlenden Kassenärztlichen Vereinigung abweicht, hat der Bewertungsausschuss Regelungen für einen Zahlungsausgleich zwischen der zahlenden KV und der Krankenkasse, in der der Versicherte versichert ist, vorzusehen.



B. Stellungnahme

Absatz 1:

Die zeitliche Verschiebung der Einführung der neuen vertragsärztlichen Vergütung von 2007 nach 2009 ist grundsätzlich zu befürworten. Eine zeitliche Koppelung mit einer Weiterentwicklung des RSA ist jedoch unabdingbar, da Belastungsverschiebungen unter den Krankenkassen andernfalls nicht finanziert werden können.

Absatz 2:

Die Ablösung des geltenden Vergütungssystems zum 01.01.2009 durch die Einführung fester und einheitlicher Preise (Euro-Gebührenordnung) und die Anpassung des Leistungsbedarfs an Morbiditätskriterien beinhaltet erhebliche Risiken für die Ausgabenentwicklung und damit für die Beitragssatzstabilität der Krankenkassen. Durch notwendige Anpassungen der Preise an die Kostenentwicklung und durch von den Ärzten selbst dokumentierte Erhöhungen der Morbidität droht eine doppelte Dynamik der Ausgaben für ärztliche Leistungen. Mit der angestrebten "Wettbewerbsstärkung" nicht vereinbar ist die Verpflichtung, die Vergütungsverhandlungen auf Bundes- und Landesebene einheitlich und gemeinsam zu führen.

Absatz 3:

Mit der Einführung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geht das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen über.

Es ist vorgesehen, dass nicht nur dauerhaft die regionalen Preise, sondern auch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auf der Kassenseite gemeinsam und einheitlich mit der KV vereinbart wird. Auch hier ist die wettbewerbsfeindliche Regelung abzulehnen, die die Vertragsautonomie der Kassen zu den KVen aufhebt. Dies steht im Übrigen im Widerspruch zu der Begründung, wonach **für jede Krankenkasse** eine morbiditätsbezogene Gesamtvergütung vereinbart wird.. Die kassenartenübergreifende Festlegung der Gesamtvergütung ist auch nicht vereinbar mit der kassenspezifischen Bereinigung der Gesamtvergütung bei Abschluss von Verträgen nach den §§ 73 b, 73 c und 140 a ff.

Die 100% ige Vergütung der über das vereinbarte Volumen hinausgehenden Leistungsmenge ist abzulehnen, da sie unkalkulierbare finanzielle Risiken für die Krankenkassen in sich birgt. (Anmerkung Redaktion: Wenn ich es richtig verstanden habe, muss nur das zu 100 Prozent finanziert werden, was sich nach dem Verfahren des Bewertungsausschusses nach Abs. 5 Nr.3 als Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs herausstellt – oder? Liegt hier nicht die Gefahr eher darin, dass die Ärzte durch entsprechende Diagnosen Leistungsausweitungen als morbiditätsbedingt ausweisen, die es gar nicht sind? bitte ggfls anpassen). Die im GMG enthaltene Regelung sah hier lediglich eine 10%ige Vergütung vor.



Absatz 4:

Nach wie vor ist eine konkrete Kostenkalkulation hinsichtlich der Verlagerung von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor, sowie die Benennung der Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung problematisch. Mit unterschiedlichen Bewertungen der Vertragspartner ist zu rechnen.

Absatz 5:

Wie schon im GMG werden für die Morbiditätsorientierung auf Gesamtvergütungsebene weiterhin die nach ICD10 kodierten Diagnosen zugrunde gelegt (diagnosebezogenes Klassifikationsverfahren). Hier ist auf die Gefahr von Upcoding-Effekten hinzuweisen. Kodierrichtlinien und Korrekturregelungen sind vor der Einführung einer morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (basierend auf einem diagnosebezogenen Klassifikationsverfahren) zwingend erforderlich.

Mit der Regelung in Absatz 5 Satz 3, wonach lediglich dann auf die Kompatibilität zum RSA zu achten ist, wenn weitere relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden, wird den Eckpunkten nicht Rechnung getragen. Der Zusammenhang zum Risikostrukturausgleich wird nicht realisiert. Demnach müsste die Fortentwicklung des Finanzvolumens „auf der Grundlage sachgerechter und mit dem RSA kompatibler Morbiditätskriterien (Alter, Geschlecht, Anzahl der Versicherten)“ stattfinden. Dies bedeutet, dass nicht zunächst Diagnosen (§ 85a Abs. 5 Satz 2) die Grundlage der Fortentwicklung bilden sollten, sondern die mit dem RSA kompatiblen Morbiditätskriterien (z.B. Alter, Geschlecht). Erst bei einem morbiditätsorientierten RSA, der auch auf Diagnosen basiert, sind diese auch bei der Fortentwicklung des Finanzvolumens im vertragsärztlichen Bereich anzuwenden.

Absatz 6:

Die Frist für die Lieferung der Leistungsdaten durch die Kassenärztlichen Vereinigen (1. September 2008) ist nicht einzuhalten, da die Abrechnungsdaten des 1. Halbjahres erst später zur Verfügung stehen.

Absatz 7:

Da sich das geltende Verfahren des Fremdkassenzahlungsausgleichs bewährt hat, ist sowohl die Übertragung der Aufgabe an den Bewertungsausschuss als auch die o.g. Neuregelung des Ausgleichsprinzips abzulehnen.

Eine Neuregelung des geltenden Verfahrens gemäß der gesetzlichen Vorgaben birgt die Gefahr des Missbrauchs in sich, da möglicherweise Anreize zum sog. Leistungstourismus gesetzt werden. Auf eine Neuregelung des Fremdkassenzahlungsausgleichs ist daher zu verzichten.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 55 wird wie folgt geändert:



Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren bis zum 31. Oktober 2008 einheitliche Punktwerte für die Vergütung der ärztlichen Leistungen im Jahr 2009. Danach werden jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte vereinbart, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung im Folgejahr anzuwenden sind."

Die Sätze 2 bis 6 werden gestrichen.

Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die Partner der Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkasse der Kassenart die von der Krankenkasse mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung."

Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Darüber hinaus gehende Leistungen, die sich aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind nach Maßgabe der Kriterien nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 mit einem Preis in Höhe von 10v.H. des vereinbarten Preises zu vergüten."

Absatz 5 wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur nach Satz 1 Nr. 1 versichertenbezogene und nach Alter und Geschlecht bemessene Risikoklassen."

Satz 3 wird gestrichen.

Absatz 7 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 55

§ 85 b Abs. 1 und 2 SGB V (Vergütung des einzelnen Arztes [arztbezogene Regelleistungsvolumina])

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Nach Absatz 1 werden für die vertragsärztliche Versorgung die arztbezogenen Regelleistungsvolumina zum 1. Januar 2009 eingeführt.

In Absatz 2 wird das arztbezogene Regelleistungsvolumen definiert und dessen Wirkungsweise geregelt. Danach ist ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Leistungsmenge, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten ist. Überschreitungen des arztbezogenen Regelleistungsvolumens sollen mit abgestaffelten Preisen nach Vorgaben des Bewertungsausschusses vergütet werden. Bei einer ungewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon nach Vorgaben des Bewertungsausschusses abgewichen werden. Der Zeitraum, für den ein arztbezogenes Regelleistungsvolumen festgelegt wird, soll so gewählt werden, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Kommt es wegen eines unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität zu Nachzahlungen der Krankenkassen, sollen die Regelleistungsvolumina zeitnah angepasst werden.

In Absatz 3 sind die Vorgaben zur Berechnung eines arztbezogenen Regelleistungsvolumens enthalten. Danach sollen sie differenziert nach Arztgruppen (Hausärzte und verschiedene Facharztgruppen) und nach Versorgungsgraden festgelegt werden. Berücksichtigt werden sollen bei der Ermittlung der Regelleistungsvolumina weiter:

1. die Summe der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen,
2. zu erwartende Zahlungen aus anderen KVen (überbezirkliche Versorgung),
3. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte und angestellte Ärzte,
4. Zahl und Morbiditätsstruktur der von dem Arzt in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten (anhand der Kriterien Alter und Geschlecht) sowie Praxisbesonderheiten (anhand der bei der Abrechnung verwendeten Diagnose- und Prozedurenschlüssel)
5. durchschnittliche Zahl und Morbiditätsstruktur der in den jeweils vier zurückliegenden Quartalen behandelten Versicherten je Arzt der jeweiligen Arztgruppe,
6. Tätigkeitsumfang,
7. voraussichtlicher Umfang der abgestaffelt zu vergütenden Leistungsmenge und
8. die auf der Grundlage von Zeitwerten für die ärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu bestimmende Kapazitätsgrenze je Arbeitstag für die zu erbringende Leistungsmenge des Arztes.

Außerdem sollen die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen berücksichtigt werden.



In Absatz 4 wird geregelt, welche Aufgaben die Beteiligten der Selbstverwaltung bei der Umsetzung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina zu erledigen haben. Danach soll der Bewertungsausschuss das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumina, die Kriterien für die Abstufung der Vergütung für die Leistungen, die das Regelleistungsvolumen übersteigen, Kriterien zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufgaben und zur Bildung von Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Risiko der Zunahme der Zahl der Ärzte.

Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen stellen gemeinsam gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses und unter Verwendung der erforderlichen regionalen Daten die Berechnungsformel für die Regelleistungsvolumina fest. Die Kassenärztliche Vereinigung weist den einzelnen Ärzten ihre Regelleistungsvolumina zu und teilt ihnen die jeweils geltenden regionalen Preise mit.

Nach Absatz 5 sollen die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den beteiligten Verbänden der Krankenkassen die für die Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina erforderlichen Daten zur Verfügung stellen.

In Absatz 6 wird geregelt, dass für den Fall, dass einem Arzt ein Regelleistungsvolumen nicht rechtzeitig zugewiesen werden kann, das bisherige fortgelten soll.

B. Stellungnahme

Zu Absatz 1

Im Gegensatz zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist hier - entsprechend der Regelungen nach § 85 a - geregelt, dass der einzelne Arzt für die Leistungen, die er im Rahmen seines Regelleistungsvolumens erbringt, nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet wird (einschließlich Zu- bzw. Abschlägen in unter- bzw. übertarifierten Gebieten; vgl. § 85 a Abs. 2). Im GKV-Modernisierungsgesetz war nur geregelt, dass der Arzt mit einem festen Punktwert vergütet wird.

Zu Absatz 2

Während nach geltendem Recht eine das arztbezogene Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge in einer Höhe von 10 v.H. zu vergüten ist, sollen künftig Überschreitungen des arztbezogenen Regelleistungsvolumens mit abgestuften Preisen vergütet werden.

Dadurch, dass die Abstufung zum Gegenstand von Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (bzw. nach dem Gesetzentwurf Spitzenverband Bund) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bewertungsausschuss wird, wird die Kalkulierbarkeit der Ausgabenentwicklung noch schwieriger bzw. unmöglich.



Eine Mengensteuerung ist kaum möglich, da der Anreiz zu Überschreitungen des arztbezogenen Regelleistungsvolumens vorhanden ist. Dies bedeutet ein erhebliches Risiko für die Krankenkasse, deutlich mehr als das vereinbarte Regelleistungsvolumen zu zahlen.

Zu Absatz 3

Ein grundsätzliches Problem ist, dass die notwendige Übereinstimmung zwischen der morbiditätsorientierten und daher versichertenbezogenen Gesamtvergütung (§ 85 a) und der Summe der arztbezogenen Regelleistungsvolumina (§ 85 b) nicht prospektiv gesichert werden kann, weil weder die Arztzahrentwicklung noch die Überschreitungen nach § 85b Abs. 2 Satz 2 in ihrem Ausmaß vorhersehbar und quantifizierbar sind. Entsprechend der vorgeschlagenen Regelung müssen die KVen für den Fall, dass die Summe der arztbezogenen Regelleistungsvolumina größer als die Gesamtvergütung nach § 85 a Abs. 3 ausfällt, Rückstellungen bilden und die arztbezogenen Regelleistungsvolumina vorsorglich kürzen (Zuweisung nach § 85 b Abs. 4 Satz 4 erfolgt allein durch die KVen). Dies bedeutet, dass die vereinbarte Gesamtvergütung nicht vollständig zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht und es dementsprechend zu Kürzungen des Leistungsvolumens kommen kann.

In § 85 b Abs. 3 Satz 3 ist vorgesehen, dass die Morbiditätsstruktur der von einem Arzt behandelten Versicherten anhand der Morbiditätskriterien „Alter und Geschlecht“ ermittelt werden soll. Die Beschränkung auf der Arzzebene auf die Morbiditätskriterien „Alter und Geschlecht“ ist als positiv einzuordnen, da diese Kriterien im Gegensatz zu den Diagnosen nicht durch den einzelnen Arzt beeinflusst werden können.

Zu Absatz 4

In § 85 b Abs. 4 wird festgelegt, dass die Landesebene bei der Ermittlung des arztbezogenen Regelleistungsvolumens das Verfahren und die Anwendungskriterien des Bewertungsausschusses zwingend anzuwenden hat. Damit wird ihr jegliche Möglichkeit zur Gestaltung (Berücksichtigung regionaler Besonderheiten) genommen.

Zu Absatz 5

Es bestehen keine Einwände.

Zu Absatz 6:

Es bestehen keine Einwände.

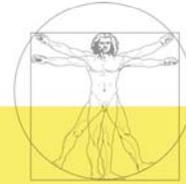
C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 55, § 85b wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Eine das arztbezogene Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge ist mit einem Preis in Höhe von 10 von Hundert des vereinbarten Punktwertes zu vergüten.“

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



GKV
Die Gesetzlichen Krankenkassen



Artikel 1 Nr. 56 § 86 SGB V (Empfehlungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 86 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV jährlich eine Empfehlung über die angemessene Veränderung der Gesamtvergütungen abzugeben. Dieser Paragraph soll aufgehoben werden.

B. Stellungnahme

Mit Blick auf die vorgesehenen Neuregelungen der ärztlichen Vergütung, die dem Bewertungsausschuss faktisch alle Entscheidungen zur Höhe und Anpassung der Gesamtvergütungen übertragen, besteht in der Tat kein Bedarf mehr an zusätzlichen Bundesempfehlungen. (Zur grundsätzlichen Kritik an der Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung wird auf die Stellungnahmen zu den §§ 85 a ff. verwiesen).

C. Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zu den §§ 85a ff SGB V.



Artikel 1 Nr. 57

§ 87 Abs. SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Überschrift wird neu gefasst (siehe oben)
- b) Nach dem geltenden Absatz 1 vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen im Bundesmantelvertrag. Diese Vertragskompetenz soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- c) Absatz 1a regelt, was die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Bundesmanteltarif zum Zahnersatz zu regeln haben. Auch diese Vertragskompetenz soll von den Spitzenverbänden auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- d)
 - aa) Der geltende Absatz 2 Satz 1 regelt, dass der einheitliche Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmt. Soweit dies möglich ist, sind dabei die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen. Mit einem neuen Halbsatz wird klargestellt, dass dies künftig nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten soll.
 - bb) In Absatz 2 sollen 2 neue Sätze hinzugefügt werden, wonach die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem MVZ erbrachten Leistungen im Bewertungsmaßstab so festgelegt werden soll, dass sie mit zunehmender Menge sinkt (Abstaffelung). Die Bewertungen und Abstaffelungen sind auf der Grundlage von Stichproben und auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln.
- e) Künftig sollen hausärztliche Leistungen mit Versichertenpauschalen vergütet werden. Eine Differenzierung der Pauschalen nach Alter und Geschlecht soll möglich sein. Mit den Pauschalen sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet sein. Für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, sollen Einzelleistungs- oder Leistungskomplexvergütungen möglich sein. Auch Qualitätszuschläge können vorgesehen werden. Die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen mit arztgruppenspezifischen Grund- und Zusatzpauschalen vergütet werden. Mit den Grundpauschalen sollen die üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden, mit den Zusatzpauschalen der besondere Leistungsaufwand, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und



Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt. Die Behandlung von Versicherten-
gruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überpro-
portionalen Kosten verbunden ist, soll mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen
Fallpauschalen vergütet werden. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, sollen auch
Einzelleistungen vergütet werden können.

- f) In Absatz 2e und f wird geregelt, dass der Bewertungsausschuss künftig im einheitli-
chen Bewertungsmaßstab jährlich bis zum 31.08. einen bundeseinheitlichen Punktwert
in Euro als Orientierungswert für die auf der Landesebene festzulegenden regionalen
Punktwerte zu vereinbaren sind. Der Punktwert ist in Abhängigkeit vom Versorgungs-
grad (Unter- bzw. Überversorgung) zu differenzieren. Für die Feststellung regionaler
Besonderheiten, die Abweichungen vom bundeseinheitlichen Punktwert ermöglichen,
soll der Bewertungsausschuss Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten
bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu festlegen. Er soll außerdem die Fälle be-
stimmen, in denen die gesonderten Punktwerte für Unter- bzw. Überversorgung zwin-
gend anzuwenden sind.

Absatz 2g und h regelt, dass die erstmalige Festlegung der Orientierungswerte für die re-
gionalen Punktwerte bis zum 31.08.2008 für das Jahr 2009 erfolgen soll. Die Orientie-
rungswerte sollen kostenneutral ermittelt werden. Dafür sollen die Punktwerte durch
Division der in 2008 zu zahlenden Gesamtvergütung durch die Leistungsmenge des
Jahres 2008 berechnet werden. In den Folgejahren sollen bei der Anpassung des
Punktwertes insbesondere folgende Faktoren berücksichtigt werden: die voraussichtli-
che allgemeine Kostenentwicklung, Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaft-
lichkeitsreserven, die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen und auf-
getretene Defizite bei der Steuerungswirkung der Orientierungswerte usw.

- h) Nach geltendem Recht besteht der Bewertungsausschuss aus 7 von der Kassenärztli-
chen Bundesvereinigung bestellten Vertretern und je einem Vertreter der Spitzenver-
bände der Krankenkassen. Nach der Änderungsvorschrift soll er sich künftig aus 3 von
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und 3 vom Spitzenverband Bund bestellten
Vertretern zusammen setzen.
- i) Nach Absatz 3a soll der Bewertungsausschuss die Auswirkungen seiner Beschlüsse
auf die vertragsärztlichen Honorare und die Versorgung der Versicherten mit vertrags-
ärztlichen Leistungen analysieren und legt dem Bundesministerium für Gesundheit jäh-
rlich zum 31. Dezember einen entsprechenden Bericht vor.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen
sollen bis zum 30. April 2007 ein Institut gründen, das den Bewertungsausschuss bei
seiner Arbeit unterstützt. Das Institut soll nahezu sämtliche Beschlüsse des Bewer-
tungsausschusses vorbereiten (vgl. dazu Artikel 54, 55 und 57, §§ 85, 85 a, 8b und 87
SGB V). Wird das Institut bis zum 30. April 2007 nicht gegründet, soll das Bundesmini-
sterium für Gesundheit einen oder mehrere der Spitzenverbände zur Errichtung des In-
stituts verpflichten oder einen Dritten mit den Aufgaben des Instituts beauftragen kön



nen. Das gleiche soll entsprechend gelten, wenn das Institut seine Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang erfüllt oder aufgelöst wird.

Nach Absatz 3c soll das Institut durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulanten-kurativen Fall finanziert werden, der von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung zu zahlen ist.

Absatz 3d sieht vor, dass der Bewertungsausschuss über die Ausstattung des Instituts mit den erforderlichen Sachmitteln und die Einstellung von Personal entscheidet.

Absatz 3f soll die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen verpflichten, nach Maßgabe von Vorgaben des Bewertungsausschusses die für die Aufgaben des Bewertungsausschusses erforderlichen Daten arzt- und versichertenbezogen in pseudonymisierter Form zu erheben und über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Institut zu übermitteln. Für die Annahme, Aufbereitung und Verwaltung der Daten soll der Bewertungsausschuss eine Datenstelle errichten oder eine externe Datenstelle beauftragen können.

Absatz 3 g stellt klar, dass die Regelungen zum Institut nicht für die zahnärztliche Versorgung gelten sollen.

j)

- aa) Nach geltendem Absatz 4 Satz 1 wird der Bewertungsausschuss um 4 unparteiische Mitglieder erweitert, wenn eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande kommt und mindestens 2 Mitglieder dies verlangen (erweiterter Bewertungsausschuss). Künftig sollen es nur 2 unparteiische Mitglieder sein.
- bb) Entsprechend sollen künftig nicht mehr je 2 unparteiische Mitglieder von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gestellt werden, sondern nur noch jeweils ein unparteiisches Mitglied. Außerdem sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen ersetzt werden durch den Spitzenverband Bund.

k) In den Fällen, in denen der erweiterte Bewertungsausschuss die Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab festsetzt, soll das Institut dem erweiterten Bewertungsausschuss unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuarbeiten.

l) Das Bundesministerium für Gesundheit soll an den Sitzungen der Bewertungsausschüsse und des Instituts sowie an den von diesen gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen können. Kommen Beschlüsse des Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zu Stande, soll das Bundesministerium für Gesundheit die Vereinbarung festsetzen können. Es soll dazu Datenerhebungen in Auftrag geben und Sachverständigengutachten einholen können. Zur Vorbereitung der Festsetzung im vertragsärztlichen Bereich soll das Institut dem Bundesministerium in diesen Fällen unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuarbeiten. Die mit diesen Maß



nahmen verbundenen Kosten sollen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung je zur Hälfte getragen werden. Alternativ zur Ersatzvornahme soll das Ministerium wie bisher den erweiterten Bewertungsausschuss anrufen können, der dann innerhalb einer vom Ministerium gesetzten Frist die Vereinbarung festzusetzen hat.

- m) Der Bewertungsausschuss soll dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte vereinbarten Punktwerte auf das ärztliche Niederlassungsverhalten berichten. Auf Grundlage dieser Berichterstattung soll das Bundesministerium dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011 berichten, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhalten durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.

B. Stellungnahme

- a) Die Neufassung der Überschrift ist zielführend.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Vertragskompetenz beim einheitlichen Bewertungsmaßstab von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.
- c) Aus dem gleichen Grund wird die Übertragung der Vertragskompetenzen zum Bundesmantelvertrag mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.
- d)
- aa) Die Änderung wird abgelehnt. Durch eine Vereinheitlichung der Gebührenordnung Zahnärzte und des Bewertungsmaßstabs für Zahnärzte zu einem einheitlichen Leistungsverzeichnis sind aussagekräftige Zeitprofile über den Umfang der über einen bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen und eine vollständige Transparenz der Abrechnung möglich. Dies würde auch der Entbürokratisierung dienen. Sämtliche erbrachten Leistungen könnten mit Zeiten hinterlegt und im Rahmen der Abrechnungsprüfung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt werden.
Die gesetzlichen Grundlagen hierfür sind zu schaffen.
- e)
- Zu Absatz 2a
Mit der Abstufung sollen Anreize zur Mengenausweitung beseitigt werden; mit den Stichproben und der vorgegebenen betriebswirtschaftlichen Kalkulation sollen Grundlagen für eine sachgerechte Bewertung geschaffen werden.



Die Regelungen sind als Klarstellungen zu begrüßen. Problematisch bleibt, dass bei den Erhebungen und Kalkulationen auf eine Versorgungsstruktur Bezug genommen werden muss, die noch immer durch Einzelpraxen dominiert und geprägt wird. Zumindest für den fachärztlichen Bereich müsste daher grundsätzlich von kooperativen Strukturen ausgegangen werden, um zu wirtschaftlichen Ergebnissen zu kommen und Anreize zur Weiterentwicklung der Praxisorganisation zu setzen.

Problematisch ist an diesen Regelungen weiterhin, dass für eine korrekte Abstufungsregelung die in der Vertragsarztpraxis erbrachten privaten oder Auftragsleistungen einbezogen werden müssten, was aber nicht vorgesehen ist.

Zu Absatz 2 e und f:

Die Vorgabe eines bundeseinheitlichen Punktwertes durch den Bewertungsausschuss ist weder notwendig noch sinnvoll. Der Preis für ärztliche Leistungen wird dadurch dauerhaft dem Wettbewerb entzogen. Dies steht in völligem Widerspruch zur mit dem Gesetzentwurf angekündigten „GKV-Wettbewerbsstärkung“.

Voraussichtlich wird es zwischen den Regionen zu einer Preisangleichung kommen, da es kaum gelingen wird, sich auf regionaler Ebene über Zu- oder Abschläge vom Bundespreis zu einigen. Wenn sich regionale Unterschiede weiterhin auswirken sollen, dann kann dies nur in Verhandlungen auf der Landesebene erreicht werden, die ohne Vorgaben der Bundesebene geführt werden. Die Ermittlung und Umsetzung der Indikatoren zur Feststellung von regionalen Besonderheiten über die Indikatoren nach Satz 1 Nr. 1 bis 3 hinaus ist äußerst schwierig und birgt darüber hinaus weitere Kostenrisiken.

Hinsichtlich der Preisangleichung zwischen den Kassenarten ist festzustellen, dass dies die jeweilige Belastung mit Arztausgaben erheblich verändert. Diese Angleichung kann daher – wenn sie überhaupt sinnvoll ist – nur im unmittelbaren Zusammenhang mit einer entsprechenden Weiterentwicklung des RSA erfolgen.

Zu Absatz 2g und h:

Die erstmalige Festlegung des bundeseinheitlichen Punktwertes ist von außerordentlicher Bedeutung für die Höhe der Arztausgaben in 2009 und in den Folgejahren. Insoweit sind die Regelungen zur Ermittlung dieses Punktwertes entscheidend. Ziel ist die kostenneutrale Einführung des neuen Vergütungssystems durch Ableitung eines rechnerischen bundesdurchschnittlichen Punktwertes.

Grundlage der Berechnungen, die im August 2008 abgeschlossen werden müssen, sind Abrechnungsdaten des 1. Halbjahres 2008. Aus diesen Ergebnissen muss zum einen die Gesamtvergütung des Jahres 2008 und zum anderen die Leistungsmenge 2008 hochgerechnet und fortgeschrieben werden. Hierzu ist festzustellen, dass es nicht möglich sein wird, dem Bewertungsausschuss – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – bis zum 1.8.2008 die Abrechnungsergebnisse des 2. Quartals 2008 in der notwendigen Vollständigkeit zu übermitteln. Der Bewertungsausschuss wird also bestenfalls über die Daten des 1. Quartals 2008 verfügen können. Es ist



jedoch nicht zu verantworten, die außerordentlich wichtige Entscheidung über die Höhe des Bundespunktwertes auf der Hochrechnung von Daten eines einzigen Quartals aufzubauen – eines Quartals, das zudem durch die Einführung eines neuen EBM (Umstellung auf Pauschalen) bestimmt ist und daher in seinen Ergebnissen nicht mit Vorquartalen verglichen werden kann.

Nur bei der erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte wird gefordert, dass bundesweit und insgesamt (d.h. weder auf Kassen- noch auf regionaler Ebene) Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden sollen. Für die Festlegung in den Folgejahren ist dies nicht mehr vorgesehen. Die Orientierungswerte sind an die voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung und andere Faktoren anzupassen. Im Ergebnis bedeutet dies, dass unabhängig von der Mengenentwicklung ärztlicher Leistungen (Orientierung an der Morbidität!) über die Preise zu verhandeln ist. Es kommt zu einer doppelten Dynamisierung der Ausgaben für ärztliche Leistungen über Preisanpassungen und Mengensteigerungen mit Auswirkungen auf die Beitragssätze bzw. die Zusatzbeiträge der Versicherten. Die Beachtung der Beitragssatzstabilität muss daher auch und gerade bei der Veränderung der Orientierungswerte vorgeschrieben werden.

- h) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Mitgliedschaft im Bewertungsausschuss von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.
- i) Das Institut des Bewertungsausschusses (InBa) ist bereits zum 1. Juli 2006 durch die Träger des Bewertungsausschusses gegründet worden.

Die Aufgaben, die dem Institut zugeschrieben werden, entsprechen im wesentlichen den im Gründungsvertrag bereits definierten Aufgaben des Instituts. Allerdings ergibt sich aus dem im Gesetz vorgesehenen Zeitplan eine andere Priorisierung der Aufgaben.

Beispielsweise muss der Bewertungsausschuss nach dem Gesetzentwurf bereits bis zum 31.08.2007 die Fallpauschalen für Hausärzte und Fachärzte im EBM (vgl. § 87 Abs. 2a) regeln. Die entsprechenden Beschlüsse sind durch das Institut vorzubereiten (vgl. § 87 Abs. 3b Satz 2).

Bezüglich der Finanzierung des Instituts (Abs. 3c) ist folgendes festzuhalten: Da die Kassenärztliche Bundesvereinigung in allen Entscheidungsgremien vertreten ist und somit erheblich an der Steuerung des Instituts beteiligt ist, erscheint die derzeit hälftige Finanzierung des bereits zum 1. Juli 2006 gegründeten Institut des Bewertungsausschusses (InBa) durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung als gerechtfertigt.

Eine Finanzierung über einen Systemzuschlag, d.h. eine ausschließliche Finanzierung des InBa durch die Kassenseite, müsste konsequenterweise mit der Steuerung des In



stituts (Mitglieder des Verwaltungsrats, des Fachausschusses etc.) ausschließlich durch Vertreter der Kassenseite einhergehen.

Die Genehmigung der Verfahrens- und Geschäftsordnung für das Institut und den Bewertungsausschuss durch das Bundesministerium für Gesundheit ist abzulehnen. Sie stellt einen nicht begründeten Eingriff in die Selbstverwaltung dar; es besteht kein Bedarf dies gesetzlich zu regeln.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 57 wird wie folgt geändert:

Buchstabe b) und c) werden gestrichen.

Buchstabe d) wird wie folgt geändert:

Doppelbuchstabe aa) wird gestrichen.

Buchstabe e) wird wie folgt geändert:

Absatz. 2 e bis 2 h werden gestrichen.

Falls die Streichung der Absätze 2 g und h nicht erfolgt, wird hilfsweise folgende Änderung vorgeschlagen: muss dieser Absatz durch folgenden Satz ergänzt werden:

An Absatz 2g/h wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Festlegung der Veränderung der Orientierungswerte ist insgesamt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten.“

Absatz 2i wird wie folgt geändert:

Im Satz 1 werden die Wörter "Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen" ersetzt durch die Wörter „Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind alle zahnärztlichen Leistungen aufzuführen, soweit die Krankenkassen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme dieser Leistungen Kosten übernehmen.“.

Buchstabe i) wird wie folgt geändert:

Absatz 3c wird wie folgt gefasst:

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



"Die Kosten des Instituts tragen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kasenärztliche Bundesvereinigung je zur Hälfte. Der Finanzierungsanteil der Spitzenverbände der Krankenkassen ist nach Maßgabe der Zahl der Versicherten aufzuteilen."

Absatz 3e wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 58

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

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen ein bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- b) Nach geltendem Recht vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen, ohne die zahntechnischen Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz über abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- b) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 58 Buchstabe a) und b) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 58 Ergänzung § 88 Abs. 2 SGB V (Selektivverträge Zahntechnik)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es ist bisher keine Neuregelung für die Berechtigung zum Abschluss von Selektivverträgen für zahntechnische Leistungen vorgesehen.

B. Stellungnahme

Das befundbezogene Festzuschuss-System führt dazu, dass individuelle Preisvereinbarungen für zahntechnische Leistungen den Eigenanteil des Versicherten erheblich reduzieren können. Auf die Marktentwicklung (z.B. Internetangebote) wird hingewiesen. Die Frage einer preisgünstigen Versorgung ist jedoch immer im Zusammenhang mit der Qualität der Versorgung zu sehen; die Krankenkassen werden zunehmend in die Beratungspflicht genommen, preisgünstige Angebote zu beurteilen.

Insbesondere zur Sicherung der Qualität fordern die Krankenkassen eine gesetzliche Ermächtigung für den Abschluss von Selektivverträgen zum Bezug zahntechnischer Leistungen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 58 wird wie folgt geändert:

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 3 wird Satz 5
- b) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze 3 und 4 eingefügt

"Die Krankenkassen können allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge mit zahntechnischen Laboratorien und weiteren Anbietern über die Lieferung von zahntechnischen Leistungen abschließen. Dies gilt auch für Zahnersatz und Suprakonstruktionen nach § 57 Abs. 2 SGB V."



Artikel 1 Nr. 59 **§ 89 SGB V (Schiedsamt)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Bei den Landesschiedsämtern erfolgt die Entsendung der Mitglieder auf Seiten der Ersatzkassen nicht mehr durch die Verbände, sondern direkt durch die Ersatzkassen.
- b)
 - aa) Entsprechend sollen auch bei der Einigung über die unparteiischen Mitglieder der Landesschiedsämter nicht mehr die Ersatzkassenverbände, sondern die Ersatzkassen selbst beteiligt sein.
 - bb) Bei der Einigung über die unparteiischen Mitglieder der Landesschiedsämter sind nach geltendem Recht die Abstimmungsregelungen des § 213 SGB anzuwenden. Es soll klargestellt werden, dass dabei die bis zum 31.12.2008 geltende Fassung zugrunde zu legen ist.
- c) Die Bundesschiedsämter sollen auf Krankenkassenseite durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gebildet werden (Abs.4). In den Landes- und Bundesschiedsämtern soll die Zahl der Vertreter der Ärzte bzw. Zahnärzte und der Krankenkassen von je sieben auf vier reduziert werden. Alle Vertreter im Bundesschiedsamt werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellt. Die Geschäftsstellen der Bundesschiedsämter werden bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführt (§§ 1,11 SchiedsamtsVO).
- d) Der geltende Absatz 5 besagt, dass die Entscheidungen der Schiedsämter zu den Gesamtverträgen und Gesamtvergütungen den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen sind. Es soll klargestellt werden, dass dies nach Einführung des neuen Vergütungssystems für Ärzte auch für die Entscheidungen über die regionale Euro-Gebührenordnung, die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und den Behandlungsbedarf der Versicherten gilt.
- e)
 - aa) Nach geltendem Recht bilden der Verband der Zahntechniker-Innungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Bundesschiedsamt. An die Stelle der Spitzenverbände soll künftig der Spitzenverband Bund treten.
 - bb) Nach geltendem Recht besteht dieses Bundesschiedsamt aus 7 von den Innungsverbänden der Zahntechniker entsandten Vertretern sowie je einem Vertreter pro Spitzenverband der Krankenkassen und 3 unparteiischen Mitgliedern. Die vorgesehene Regelung soll die Zahl der Vertreter der Innungsverbände und der Krankenkassen offen lassen.
- f)



- aa) Nach geltendem Recht bilden die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen ein Landesschiedsamt. Auch hier sollen an die Stelle der Verbände der Ersatzkassen die Ersatzkassen selbst treten.
- bb) Wie beim Bundesschiedsamt soll künftig nur noch gesetzlich vorgegeben werden, dass Innungsverbände und Krankenkassen Vertreter in gleicher Zahl in das Landesschiedsamt entsenden. Die konkrete Zahl bleibt offen.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände der Krankenkasse lehnen die Übertragung der Kompetenzen der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e (§ 212 Abs. 5 SGB V). Sie lehnen folglich auch die Besetzung der Landesschiedsämter mit Vertretern der Ersatzkassen anstatt der Ersatzkassenverbände ab.
- b)
 - bb) Entsprechendes gilt für die Übertragung der Kompetenz, die unparteiischen Mitglieder in den Landesschiedsämtern gemeinsam mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zu bestimmen.
 - cc) Die Klarstellung zum § 213 ist nur dann erforderlich, wenn diese Vorschrift in der geltenden Fassung zum 1.1.2009 außer Kraft gesetzt wird. Der § 213 enthält Regelungen für die Abstimmung über nach geltendem Recht von den Spitzenverbänden einheitlich und gemeinsam zu treffenden Entscheidungen. Da diese Entscheidungen künftig vom Spitzenverband Bund getroffen werden sollen, soll der § 213 dann entsprechend außer Kraft gesetzt werden. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, (§ 217a SGB V). Deshalb ist auch die Klarstellung zur Fassung des § 213 in dem Änderungsvorschlag zu § 89 Absatz 3 entbehrlich
- c) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Besetzung des Bundesschiedsamtes mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund anstelle von Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen ab.
- d) Es bestehen keine Einwände dagegen, auch die Beschlüsse des Landesschiedsamtes zur Euro-Gebührenordnung, den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und dem Behandlungsbedarf der Versicherten künftig der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen.
- e)
 - aa) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen



folglich auch die Besetzung des Bundesschiedsamtes Zahntechnik mit dem Spitzenverband Bund anstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen ab.

Daneben wird die Zahl der Mitglieder in den Schiedsämtern reduziert. Da es sich bei der Tätigkeit der Schiedsämter um exekutive Rechtsetzung (Normsetzungsverträge mit Wirkung auch für Versicherte) handelt, sind erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken bezüglich der demokratischen Legitimation durch die geplante Konstruktion „Spitzenverbandes Bund“ gegeben.

bb) Die Notwendigkeit einer Änderung der Vorschrift zur Zahl der Vertreter im Bundesschiedsamt Zahntechnik wird nicht gesehen.

f)

aa) Die Spitzenverbände der Krankenkasse lehnen die Übertragung der Kompetenzen der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e (§ 212 Abs. 5 SGB V). Sie lehnen folglich auch die Besetzung der Landesschiedsämter Zahntechnik mit Vertretern der Ersatzkassen anstelle der Verbände der Ersatzkassen ab.

bb) Die Notwendigkeit einer Änderung der Vorschrift zur Zahl der Vertreter im Bundesschiedsamt Zahntechnik wird nicht gesehen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 59 wird wie folgt geändert:

Buchstaben a), b), c), e) und f) werden gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 60
§ 90 SGB V (Landesausschüsse)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben werden von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Diese Regelung wird abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Die grundsätzliche Kritik findet unter § 212 Abs. 5 SGB V statt.



Artikel 1 Nr. 61 § 91 Abs. 11 (Gemeinsamer Bundesausschuss)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das BMG kann in der Zeit bis zur Neuorganisation des G-BA zum 1.1.2008 eine Rechtsverordnung erlassen, die dazu Einzelheiten insbesondere

- zu Stellung, Funktion und Vergütung der ab diesem Zeitpunkt vorgesehenen hauptamtlichen Mitglieder,
- zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums und
- zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des G-BA,

regelt.

Diese Aufzählung der Rechtsverordnungsinhalte ist nicht abschließend.
Die Vorgaben der Rechtsverordnung gehen laut der Gesetzesbegründung den Regelungen der Verfahrens- und Geschäftsordnung vor.

B. Stellungnahme

Bisher haben die Trägerorganisationen die "Interna des G-BA" in der vom G-BA selbst beschlossenen Verfahrens- und Geschäftsordnung festgelegt. Der G-BA hat sachgerecht und in verantwortungsvollem (Selbst-)Verständnis die Aufgaben der Gemeinamen Selbstverwaltung in eigener Regie ohne äußere Vorgaben erledigt.

Die Rechtsverordnungsermächtigung bedeutet unnötige und unangemessene staatliche Einflussnahmemöglichkeit durch das BMG. Dies wird auch erkennbar an der nicht abschließenden Aufzählung der Regelungsinhalte. Die Regelung wird daher abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 61 ist zu streichen.



Artikel 1 Nr. 62

§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 und 14 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses wird um die Nr. 13. Qualitätssicherung und die Nr. 14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung erweitert.

B. Stellungnahme

Die Erweiterung der Richtlinienkompetenz um diese Themen ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 63 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) und bb) § 94 Abs. 1 SGB V (Wirksamwerden der Richtlinien)

A. Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Redaktionelle Änderung zur Beseitigung eines sprachlichen Fehlers.

bb) Das BMG kann im Rahmen seiner Richtlinienprüfung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern mit der Wirkung, dass bis zum Eingang der Auskünfte die 2-Monatige Beanstandungsfrist unterbrochen wird. Nichtbeanstandungen können mit Auflagen verbunden werden und das BMG kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen.

B. Stellungnahme

Mit den Änderungen wird der Einstieg in eine fachlich-inhaltliche Bewertung durch möglicherweise "politische Fristsetzung" vorbereitet und das In-Kraft-Treten kann unnötig verzögert werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 63 Buchstabe a) ist zu streichen.



**Artikel 1 Nr. 63 Buchstabe b) Doppelbuchstaben aa) und bb)
§ 94 Abs. 2 SGB V (Wirksamwerden der Richtlinien)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

b.)

aa) Im Interesse der Transparenz sieht die Neuregelung vor - ergänzend zu der Veröffentlichung der Richtlinien im Bundesanzeiger - die tragenden Gründe im Internet bekannt zu geben.

bb) Bei der Bekanntmachung der Richtlinie ist ein entsprechender Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet zu geben.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um die Umsetzung der bereits gängigen Praxis.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 64 § 96 SGB V (Zulassungsausschüsse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Zulassungsausschuss, um über Zulassungssachen Beschlüsse und Entscheidungen zu treffen. Die Vertreter der Ärzte werden durch die Kassenärztliche Vereinigung und die der Krankenkassen durch die Landesverbände der Krankenkassen sowie durch die Verbände der Ersatzkassen bestellt. Diese Aufgaben werden von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführung zu Artikel 1 Nr. 144e) (§212 Abs. 5 SGB V.) Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 64 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 65 **§ 97 SGB V (Berufungsausschüsse)**

C. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung einen Berufungsausschuss für Ärzte und einen für Zahnärzte. Die Vertreter der Ärzte werden durch die Kassenärztliche Vereinigung und die der Krankenkassen durch die Landesverbände der Krankenkassen sowie durch die Verbände der Ersatzkassen bestellt. Diese Aufgaben werden von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

D. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführung zu Artikel 1 Nr. 144e) (§212 Abs. 5 SGB V.) Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

D. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 65 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 66 § 99 SGB V (Bedarfsplan)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 99 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Statt mit den Verbänden der Ersatzkassen soll das Benehmen künftig mit den Ersatzkassen selbst hergestellt werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 66 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 67 Buchstaben a) und b) § 100 SGB V (Bedarfsplanung Zahnärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Änderung soll die gesetzliche Grundlage für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Zulassungsgebieten im Falle einer in anderen Gebieten festgestellten Unterversorgung für die Vertragszahnärzte entfallen.

B. Stellungnahme

Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen fördert die Zulassung in überversorgten Planungsbereichen, weil in der Vergangenheit schon die Tendenz erkennbar war, dass Zahnarztpraxen sich auf Ballungsgebiete konzentrieren. Diese Entwicklung verschärft die Unterversorgung in ländlichen Regionen mit der Folge, dass zusätzliche finanzielle Aufwendungen bei den Krankenkassen für die Sicherstellung der Versorgung entstehen.

Begründet wird die Abschaffung der Bedarfszulassung im zahnärztlichen Sektor mit dem Hinweis, dass sich das Problem der Überversorgung nicht in der gleichen Weise wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung stelle und eine angebotsinduzierte Versorgung nicht in der Weise wie im ärztlichen Bereich gegeben sei.

Untersuchungen über Steuerungswirkungen von Zulassungsbeschränkungen, die sich insbesondere auf Art und Häufigkeit zahnärztlicher Leistungen in gesperrten und nicht gesperrten Planungsbereichen beziehen, sind nicht bekannt. Insoweit können die Überlegungen des Gesetzgebers, auf die Bedarfszulassung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verzichten, nicht nachvollzogen werden.

Im Gegenteil, die Einzelleistungsvergütung zahnärztlicher Leistungen, das befundbezogene Festzuschuss-System und die Mehrkostenregelungen bieten zusätzliche Anreize für angebotsinduzierte Leistungen von Vertragszahnärzten in überversorgten Planungsbereichen. Sind nicht notwendige Maßnahmen einmal durchgeführt, ist deren fehlerhafte Veranlassung kaum nachzuweisen. Die Gefahr, dass aus einer Überversorgung Fehlversorgung mit höheren Folgekosten für Krankenkassen und Versicherten resultiert, besteht nach wie vor.

Die geplanten Neuregelungen führen unmittelbar zu Mehrausgaben der Krankenkassen. Auch in den budgetierten Bereichen, wenn dort bislang die Gesamtvergütung unterschritten wurde.

C. Änderungsvorschlag

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Die Ausnahmeregelung für die vertragszahnärztliche Versorgung nach Artikel 1 Nr. 67 b) zu § 100 Abs. 3 SGB V: „Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte.“ ist zu streichen.



Artikel 1 Nr. 68 **§ 101 SGB V (Übersorgung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Folgeänderungen aus der Änderung unter d)
- b) Redaktionelle Änderungen
- c) Redaktionelle Änderungen
- d) Nach § 101 geltende Fassung beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien zur Bedarfszulassung, die u.a. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, Ausnahmeregelungen für die Zulassung von Ärzten in Praxisgemeinschaften in Planungsbereichen, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und Regelungen für die Anstellung von Ärzten beinhalten. Außerdem wird in Absatz 4 die beschränkte Zulassung für Ärzte in Praxisgemeinschaften geregelt. Die vorgesehene Änderung bewirkt, dass diese genannten Regelungen für Zahnärzte nicht mehr gelten.

B. Stellungnahme

- d) Es handelt sich um eine Folgeänderung zum vorgesehenen Wegfall der Bedarfszulassung bei den Vertragszahnärzten. Die Spitzenverbände plädieren für die Beibehaltung der Bedarfszulassung bei den Vertragszahnärzten (Zur Begründung siehe die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 69). Bei Beibehaltung der Bedarfszulassung werden die oben beschriebenen Regelungen weiter benötigt. Die Spitzenverbände lehnen deshalb ihre Streichung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 68 Buchstaben a) und d) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 69

§ 103 SGB V (Zulassungsbeschränkungen Zahnärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit den vorgesehenen Änderungen entfallen die gesetzlichen Grundlagen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen für Vertragszahnärzte sowohl für den Fall der Unterversorgung als auch für den Fall der Überversorgung.

B. Stellungnahme

Begründet wird die Abschaffung der Bedarfszulassung im zahnärztlichen Sektor mit dem Hinweis, dass sich das Problem der Überversorgung nicht in der gleichen Weise wie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung stellt und eine angebotsinduzierte Versorgung nicht in der Weise wie im ärztlichen Bereich gegeben ist.

Untersuchungen über Steuerungswirkungen von Zulassungsbeschränkungen, die sich insbesondere auf Art und Häufigkeit zahnärztlicher Leistungen in gesperrten und nicht gesperrten Planungsbereichen beziehen, sind nicht bekannt. Insoweit kann das Vorhaben des Gesetzgebers, auf die Bedarfszulassung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu verzichten, nicht nachvollzogen werden.

Die Einzelleistungsvergütung zahnärztlicher Leistungen, das befundbezogene Festzuschuss-System und die Mehrkostenregelungen bieten erhebliche Anreize für angebotsinduzierte Leistungen von Vertragszahnärzten in überversorgten Planungsbereichen. Sind nicht notwendige Maßnahmen einmal durchgeführt, ist deren fehlerhafte Veranlassung kaum nachzuweisen. Die Gefahr, dass aus einer Überversorgung Fehlversorgung mit höheren Folgekosten für Krankenkassen und Versicherte resultiert, besteht nach wie vor.

Es besteht deshalb die dringende Gefahr, dass die geplanten Neuregelungen zu Mehrausgaben der Krankenkassen, selbst in den budgetierten Bereichen, in denen bislang die Gesamtvergütung unterschritten wurde, führen.

Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen fördert die Zulassung in überversorgten Planungsbereichen. Schon in der Vergangenheit war die Tendenz erkennbar, dass Zahnarztpraxen sich auf Ballungsgebiete konzentrieren. Diese Entwicklung verschärft die Unterversorgung in ländlichen Regionen mit der Folge, dass zusätzliche finanzielle Aufwendungen bei den Krankenkassen für die Sicherstellung der Versorgung in diesen unterversorgten Regionen entstehen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 69 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 70

§ 104 SGB V (Verfahren bei Zulassungsbeschränkungen Zahnärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die vertragszahnärztliche Versorgung sollen gesetzliche Vorgaben für die Zulassungsverordnungen entfallen.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene gesetzliche Regelung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Zahnärzte. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen wird von den Spitzenverbänden abgelehnt (zur Begründung siehe die Ausführungen zu Artikel 1 Nr.69 (§ 103)). Sie lehnen deshalb auch diese Folgeänderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 70 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 71 § 105 SGB V (Förderung der Sicherstellung ZÄ)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bedürfen nach geltendem Recht zum Betreiben von Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, oder zur Beteiligung an solchen Einrichtungen des Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen. Künftig soll statt des Benehmens mit den Verbänden der Ersatzkassen das Benehmen mit den Ersatzkassen selbst hergestellt werden.
- b) Redaktionelle Folgeänderung aus der Aufhebung des § 313a Abs. 3
- c) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben nach geltendem Recht alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern und zu fördern. Die dazu gehörenden Zahlungen von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte und Vertragszahnärzte in unterversorgten Gebieten sollen künftig nur noch an Vertragszahnärzte möglich sein.

B. Stellungnahme

- c) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)) Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Herstellung des Benehmens von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.
- b) Gegen die redaktionelle Folgeänderung ist nichts einzuwenden.
- c) Der Wegfall der Sicherstellungszuschläge für Vertragsärzte ist eine Folgeänderung zu den Vorschriften zum neuen Vergütungssystem für Vertragsärzte und den dort vorgesehenen anderen Maßnahmen zur Förderung von Vertragsärzten in unterversorgten Gebieten. Die Änderung wird unterstützt.

Es ist zu erwarten, dass durch die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Vertragszahnärzte Zulassungen in gut versorgten Planungsbereichen zunehmen und weniger attraktive Standorte weiterhin geringer versorgt bleiben. Es ist nicht anzunehmen, dass durch finanzielle Förderungen der Krankenkassen diese Tendenz umgekehrt wird. Positive Anreize für Neuniederlassungen könnten aus den Maßnahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes resultieren. Zweigniederlassungen von Vertragszahnärzten könnten zur Behebung von Versorgungsempässen beitragen. Insofern empfehlen sich keine finanziellen Förderungen durch die Krankenkassen, auch in



den Fällen, in denen Unterversorgungen durch den Wegfall der Zulassungsbeschränkungen verursacht worden sind.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 71 wird wie folgt gefasst:

„§ 105 wird wie folgt gefasst:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird der zweite Halbsatz gestrichen.
- b) Absatz 4 wird aufgehoben.“



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)
§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Übertragung der Aufgaben von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Die Aufgabe „Vereinbarung der Prüfungsarten“ wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Übertragung der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 § 212 Abs. 5 SGB V. Folglich lehnen sie auch die Übertragung der Vereinbarungskompetenz für die Prüfungsarten von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)
§ 106 Abs. 2 Satz 5 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Möglichkeit zur Durchführung der Richtgrößenprüfung als Quartalsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird die bislang als Jahresprüfung vorgeschriebene Richtgrößenprüfung als Quartalsprüfung ermöglicht, wenn dies zu besseren Ergebnissen führt.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zu befürworten und wird in einzelnen KVen schon praktiziert.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)
§ 106 Abs. 2 Satz 6 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung**
(Regressfestsetzung innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Die Neuregelung schreibt die Regressfestsetzung innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums vor und

B. Stellungnahme

Die Neuregelung zur Regressfestsetzung innerhalb von zwei Jahren wird begrüßt, da die Prüfungsgremien somit zu einer zeitnahen Prüfung verpflichtet werden.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)
§ 106 Abs. 2 Satz 7 f SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Aussteuerung der Rabattarzneimittel aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Die Neuregelung sieht die Aussteuerung der Rabattarzneimittel aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung, soweit Sie von Ärzten verordnet werden, die einem Rabattvertrag beitreten, vor.

B. Stellungnahme

Durch den Vorschlag werden Arzneimittel für die ein Rabattvertrag besteht der Wirtschaftlichkeitsprüfung entzogen, wenn Sie von Ärzten verordnet werden, die von der Krankenkasse an einem Rabattvertrag beteiligt wurden. Damit wird zukünftig bei diesen Arzneimitteln von den Krankenkassen nur noch die Preisentwicklung kontrolliert. Eine Kontrolle der Mengenentwicklung und der medizinischen Notwendigkeit der Verordnungen ist für diese Arzneimittel nur möglich, wenn die Ärzte solchen Überprüfungen im Rahmen der Rabattverträge zustimmen. Da hierzu die Ärzte nachvollziehbar nicht bereit sein werden, sind entweder die Beitrittsmöglichkeiten für die Ärzte so zu fassen, dass die Gefahr der Überprüfungen für die Ärzte akzeptabel ist, damit entwickelt sich dann die verordnete Menge dieser Arzneimittel unkontrolliert oder es werden wirksame Kontrollen vereinbart, was dann dazu führt, dass sich die Beitrittsbereitschaft der Ärzte verringert. In beiden Fällen macht die Regelung eine wirksame Ausgabensteuerung unmöglich. Der Vorschlag ist aufgrund dieser Wirkung abzulehnen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe wird wie folgt geändert:

In Buchstabe cc) werden der zweite und der dritte Satz („Verordnungen von Arzneimitteln Laufzeit der Verträge.“ gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc)
§ 106 Abs. 2 Satz 9 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Prüfpflicht bei Anwendungsbeobachtungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Durch die gesetzliche Änderung wird der Prüfungsausschuss beauftragt, Vertragsärzte der Wirtschaftlichkeitsprüfung zuzuführen, wenn Sie Anwendungsbeobachtungen für Arzneimittel durchführen. Der Prüfungsausschuss soll hierzu die Datenmeldungen der Hersteller zu diesen Anwendungsbeobachtungen nutzen.

B. Stellungnahme

Diese Meldungen machen die Hersteller bislang nur gegenüber der KBV und den Spitzenverbänden der GKV. In den Datennutzungsregelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 294 ff SGBV) ist bislang keine Vorschrift enthalten, die es den Spitzenverbänden der GKV oder der KBV erlaubt diese Meldungen zu veröffentlichen oder an die Prüfungsausschüsse weiterzuleiten. Ohne eine entsprechende Verpflichtung zur Weitergabe läuft die Regelung ins Leere.

Vom Grundsatz her ist die Prüfung zu befürworten, weil ganz offensichtlich die ärztliche Verschreibungspraxis in Folge der Anwendungsbeobachtungen und den damit verbundenen Vergütungen durch die Industrie, deutlich steigt. Um die Kontrollen auch durchführen zu können ist flankierend eine gesetzliche Verpflichtung der Spitzenverbände zur entsprechenden Datenlieferung an die Prüfungsausschüsse aufzunehmen

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) wird wie folgt geändert:

Satz 4 („Insbesondere sollen bei Arzneimittelgesetz beteiligt sind.“) wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei Prüfungen nach Satz 1 Nr. 2 sollen insbesondere Ärzte geprüft werden, deren ärztlich verordnete Leistungen in bestimmten Anwendungsgebieten deutlich von der Fachgruppe abweichen. Verordnete Leistungen von Ärzten, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 Arzneimittelgesetz beteiligt sind, sind durch die Prüfungsstelle als Zufälligkeitsprüfung entsprechend Satz 1 Nr. 2 zu prüfen.“



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe c)

§ 106 Abs. 2b Satz 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung

(Übertragung der Aufgaben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Durch die gesetzliche Neuregelung wird die Aufgabe der Richtlinienerstellung von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217 a SGB V). Folglich lehnen sie auch die Übertragung der Richtlinienerstellung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe c) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb) § 106 Absatz 2c Satz 2 Wirtschaftlichkeitsprüfung

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wenn die Prüfungsstelle Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten hat, soll sie die Datengrundlagen für die Prüfung aus einer Stichprobe der abgerechneten Behandlungsfälle des Arztes ermitteln und die so ermittelten Teildaten nach einem statistisch zulässigen Verfahren auf die Grundgesamtheit der Arztpraxis hochrechnen.

B. Stellungnahme

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen möglich werden, auch wenn einzelne Krankenkassen oder Kassenärztlichen Vereinigungen die bislang zur Prüfung notwendigen vollständigen Daten nicht zeitgerecht zur Verfügung stellen. Die beabsichtigte Neuregelung entspricht der Entscheidung der Landesgerichtsbarkeit und wird deshalb befürwortet.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe f) Doppelbuchstabe aa)
§ 106 Abs. 4 Satz 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle werden zur Prüfungsstelle)**

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Durch die Neuregelung werden der bisherige Prüfungsausschuss und die Geschäftsstelle durch die neu zu errichtende Prüfungsstelle ersetzt.

B. Stellungnahme

Diese Regelung wird begrüßt, da der bisherige Instanzenweg verkürzt wird und infolgedessen eine höhere Effizienz und Effektivität der Prüfungen erreicht werden kann.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe f) Doppelbuchstabe bb)
§ 106 Abs. 4 Satz 2 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Beibehaltung und Sitz des Beschwerdeausschusses)**

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Der Beschwerdeausschuss bleibt als ehrenamtlich besetztes Widerspruchsgremium bestehen.

B. Stellungnahme

Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass auf Grund des verkürzten Instanzenweges zukünftig mit einer Zunahme der Beschwerdeverfahren zu rechnen ist.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe f) Doppelbuchstabe cc)
§ 106 Abs. 4 Satz 5 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Übertragung der Aufgaben von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Die Aufgabe „Errichtung des Beschwerdeausschusses“ wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Übertragung der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 § 212 Abs. 5 SGB V). Folglich lehnen sie auch die Übertragung der Kompetenz zur Errichtung des Beschwerdeausschusses von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe f) Doppelbuchstabe cc) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 72 Buchstaben g) und h)
§ 106 Abs. 4a und 4c SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Errichtung, Sitz und Organisation der Prüfungsstelle)**

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Es handelt sich hier um organisatorische Regelungen für die Errichtung, den Aufbau und die Geschäftsprozesse der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses.

B. Stellungnahme

Den vorgeschlagenen Änderungen wird grundsätzlich zugestimmt.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe j) Doppelbuchstabe cc)
§ 106 Abs. 5 Satz 4 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Kein Vorverfahren bei Regressfestsetzung für ausgeschlossene Leistungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Die Neuregelung sieht vor, dass kein Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss bei Regressfestsetzung für ausgeschlossene Leistungen durchgeführt werden kann.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung führt zu einer Entlastung der Beschwerdeausschüsse und ist deshalb zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe k) Doppelbuchstabe dd)
§ 106 Abs. 5a Satz 6 ff SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Berücksichtigung bzw. Abzug von Praxisbesonderheiten)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Mit dieser Neuregelung wird der Prüfungsausschuß verpflichtet, zukünftig auch Praxisbesonderheiten anhand der Verwaltungsdaten des Arztes zu berücksichtigen, bevor ein Regreß ausgesprochen wird. Der zu prüfende Arzt braucht diese Angaben demnach zukünftig nicht mehr eigenständig in das Prüfverfahren einzubringen.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt, da hierdurch das Verfahren verkürzt und der Verwaltungsaufwand minimiert wird.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe I)

§ 106 Abs. 5c Satz 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung

(Pauschalabzug von Zuzahlungen der Versicherten sowie sonstiger Herstellerrabatte)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Zuzahlungen der Versicherten sowie vereinbarte Herstellerrabatte sind bei der Festsetzung eines Regresses abzuziehen. Die Beträge sind nicht arzt- bzw. versichertenbezogen, sondern als pauschalierter Abzugsbetrag zu berücksichtigen.

B. Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung führt zu einer Vereinfachung bzw. Verschlankung des Prüfverfahrens und ist deshalb zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe m) Doppelbuchstabe bb)
§ 106 Abs. 5d Satz 4 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung
(Ablösung von Regressen durch Einhaltung individueller Zielvorgaben)**

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Durch die Neuregelung kann der Arzt einen Regress durch Einhaltung der Zielvorgaben der Arzneimittelvereinbarung ablösen.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 73 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)
§ 106a Abs. 2 Satz 5 (neu) SGB V Abrechnungsprüfung
(Verzicht auf Erstellung von Zeitprofilen im vertragsärztlichen Bereich)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im vertragszahnärztlichen Bereich soll auf die Erstellung von Zeitprofilen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen verzichtet werden.

B. Stellungnahme

Durch das Festzuschuss-System wird die Erstellung von Zeitprofilen weiter erschwert, weil die gleichzeitige Anwendung des Bema und der GOZ in fast allen vertragszahnärztlichen Leistungsbereichen erfolgt. Um ein vollständiges tagesbezogenes Zeitprofil erstellen zu können, müssten die nach GOZ abgerechneten Leistungen in die Zeiterfassung mit eingebunden werden und zu diesem Zweck im Rahmen der Abrechnung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt werden. Dies ist nach den bisherigen gesetzlichen Regelungen nicht zulässig.

Aussagekräftige Zeitprofile über den Umfang der über einen bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen und eine vollständige Transparenz der Abrechnung wäre durch eine Vereinheitlichung der GOZ und des Bema zu einem einheitlichen Leistungsverzeichnis möglich. Dies würde auch der Entbürokratisierung dienen. Sämtliche erbrachten Leistungen könnten dann mit Zeiten hinterlegt und im Rahmen der Abrechnungsprüfung an die KZVen übermittelt werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 73 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 73 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)
§ 106a Abs. 5 Satz 1 SGB V (Abrechnungsprüfung)**
(Übertragung der Aufgaben von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Die Aufgabe „Vereinbarung der Prüfungen“ wird von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Übertragung der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 § 212 Abs. 5 SGB V). Folglich lehnen sie auch die Übertragung der Vereinbarungskompetenz zu den Abrechnungsprüfungen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 73 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe c)

§ 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V Wirtschaftlichkeitsprüfung

(Übertragung der Aufgaben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Durch die gesetzliche Neuregelung wird die Aufgabe der Richtlinienerstellung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217 a SGB V). Folglich lehnen sie auch die Übertragung der Kompetenz der Erstellung der Richtlinien für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe c) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 74

§ 109 SGB V (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Beim - kassenseitig einheitlich und gemeinsam zu tätigenden - Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach § 108 Nr. 3 sollen auf Seiten der Ersatzkassen künftig nicht deren Verbände, sondern die Ersatzkassen selbst teilnehmen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 74 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 75

§ 110 SGB V (Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei der - kassenseitig gemeinsam zu vorzunehmenden – Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach § 109 Abs.1 sollen auf Seiten der Ersatzkassen künftig nicht deren Verbände, sondern die Ersatzkassen selbst teilnehmen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 75 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 76

§ 111 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Absatz 2 Satz 1 und 3:
- aa) Nach geltendem Recht schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam einheitliche Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden. Die Aufgabe wird von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.
- bb) Nach geltendem Recht können die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Verbände der Ersatzkassen einem geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten. Dieses Beitrittsrecht wird auf die Ersatzkassen übertragen.
- b) Absatz 3 Satz 2:
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die stationäre medizinische Leistungen vor dem 01.01.1989 für eine Krankenkasse erbracht haben, hatten bis zum 30.06.1989 Bestandsschutz. Haben sie bis zu diesem Stichtag bestimmte Anforderungen nicht erfüllt, so konnten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam das gegen die Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Diese in der Vergangenheit abgeschlossene Aufgabe der Vergangenheit wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.
- c) Absatz 4 Satz 2:
Nach geltendem Recht kann ein Versorgungsvertrag mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einer Frist von einem Jahr von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam gekündigt werden. Dieses Kündigungsrecht geht von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen über.

B. Stellungnahme

- a)
- aa) Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e, § 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Vertragskompetenz von Versorgungsverträgen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.



- bb) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e, § 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die Übertragung des mit der Vertragskompetenz verbundene Beitrittsrecht von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.
- b) Es handelt sich um eine die Vergangenheit betreffende Regelung, bei der die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen bis zu einem bestimmten Stichtag (30.06.1989) mögliche Bedenken gegen den Bestandsschutz von einzelnen stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen geltend gemacht haben mussten. Die geplante Neuregelung greift daher ohnehin ins Leere und ist somit auch unsachgemäß.
- c) Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e, § 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung des Kündigungsrechts von Versorgungsverträgen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 76 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 77

§ 111a Abs. 2 Satz 2 SGB V (Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartige Einrichtungen, die stationäre medizinische Leistungen vor dem 01.08.2002 für eine Krankenkasse erbracht haben, hatten bis zum 01.01.2004 Bestandsschutz. Hatten sie bis zu diesem Stichtag bestimmte Anforderungen nicht erfüllt, so konnten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam dies gegen die Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Diese in der Vergangenheit abgeschlossene Aufgabe wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine die Vergangenheit betreffende Regelung, bei der die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen bis zu einem festgelegten Stichtag (01.01.2004) mögliche Bedenken gegen den Bestandsschutz von einzelnen Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen geltend gemacht haben mussten. Die geplante Neuregelung greift daher ohnehin ins Leere und ist somit auch deshalb unsachgemäß.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 77 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 78

§ 111b SGB V (Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung werden die Rahmenvorgaben über Inhalte, Ziele und Voraussetzungen der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und für die Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens außer Kraft gesetzt.

B. Stellungnahme

Für die Rehabilitation ist aufgrund der Regelungen des SGB IX (z.B. §§ 10, 12 und 13) trägerübergreifend Gegenstand, Umfang und Ausführung etc. von Rehabilitationsleistungen einheitlich zu gestalten. Von daher ist die Streichung für diesen Versorgungsbereich sachgerecht.

Für die Vorsorge wird eine unterschiedliche Ausgestaltung und Intransparenz der Leistungen in Kauf genommen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 Nr. 79

§ 112 SGB V (Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsame Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des Gesetzes entspricht. Statt der Verbände der Ersatzkassen sollen künftig die Ersatzkassen selbst an dem Vertragsabschluss beteiligt sein.
- b) Nach geltendem Recht sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam Rahmenempfehlungen zu den unter a) genannten Verträgen abgeben. Diese Aufgabe soll künftig kassenseitig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übergehen.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a). Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz zur Abgabe einer gemeinsamen Rahmenempfehlung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 79 Buchstaben a) und b) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 80

§ 113 SGB V (Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht können die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung eines zugelassenen Krankenhauses durch einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellte Prüfer untersuchen lassen. Auf Seiten der Ersatzkassen soll diese Kompetenz von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst übergehen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 80 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 81 § 114 SGB V (Landesschiedsstelle)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. Auf Seiten der Ersatzkassen soll diese Kompetenz künftig von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst übergehen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 81 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 82

§ 115 SGB V (Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. Diese Aufgabe soll auf Seiten der Ersatzkassen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst übergehen.
- b) Nach geltendem Recht sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam Rahmenempfehlungen zum Inhalt der oben genannten Verträge abgeben. Künftig soll diese Aufgabe auf Seiten der Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übergehen.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Vertragskompetenz bei dreiseitigen Verträgen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 82 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 83 Buchstabe a)

§ 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der vor- und nachstationären Leistungen. Diese Aufgabe wird auf Seiten der Ersatzkassen von deren Verbänden auf die Ersatzkassen selbst übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 83 Buchstabe a) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 83 Buchstabe b)

§ 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht geben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus ab. Die Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a). Folglich wird auch der Übergang der Vertragskompetenz bei vor- und nachstationärer Behandlung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 83 Buchstabe b) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 84

§ 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

a)

- aa) Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen
1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe,
 2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
 3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

Diese Aufgabe wird auf Seiten der Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

- bb) In der Vereinbarung nach Nr. 1 sollen künftig auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

- b) Nach geltendem Recht bedarf es zur Zulassung eines Krankenhauses zur Erbringung ambulanter Operationen und stationärer ersetzender Eingriffe einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. Künftig ist die Mitteilung bei den Ersatzkassen nicht an deren Verbände, sondern an die Ersatzkassen selbst abzugeben.

B. Stellungnahme

a)

- aa) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a). Folglich wird auch der Übergang der Vertragskompetenz beim ambulanten Operieren von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

- bb) Die Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Vereinbarung zum ambulanten Operieren auf Bundesebene wird als zielführend erachtet.

- b) Der Übergang der Kompetenzen im Zusammenhang mit der Zulassung von Krankenhäusern zum ambulanten Operieren von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst wird abgelehnt. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Die Änderung soll gestrichen werden.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 84 unter Buchstabe a) wird Doppelbuchstabe aa) gestrichen. Buchstabe b) wird ebenfalls gestrichen.



Artikel 1 Nr. 85

§ 116b SGB V (Ambulante Behandlung im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht können die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines DMP teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.
- b) bis e)
Absätze 2 - 5:
Die Regelungen sorgen dafür, dass künftig die Zulassung für Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b Abs. 3 und 4 nicht mehr von einem Vertrag zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abhängig ist, sondern durch Ausweis im Landeskrankenhausplan erfolgt.

B. Stellungnahme

- a) Der Wegfall der Vertragskompetenz bei den Verbänden der Ersatzkassen wird abgelehnt. Zur Begründung siehe Artikel 1 Nr.144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V). Die Neuregelung soll gestrichen werden.
- b) bis e)
Bislang war für die Leistungserbringung ein Vertrag zwischen einer Krankenkasse und dem Krankenhausträger notwendig. In den vergangenen Jahren wurde die Vertragsoption jedoch nur selten in Anspruch genommen. Dennoch wird durch die Neuregelung ein weiteres Wettbewerbsfeld zwischen den Kassen eliminiert. Aus diesem Grund ist auch diese Neuregelung abzulehnen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 85 ist zu streichen.



**Artikel 1 Nr. 86
§ 117 SGB V (Hochschulambulanzen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden. Die Aufgabe wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 86 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 87
§ 118 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht legen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch Psychiatrische Institutsambulanzen bedürfen. Diese Aufgabe wird auf Seiten der Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund wird abgelehnt (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a)). Folglich wird auch die Übertragung der Vertragskompetenz hinsichtlich der psychiatrischen Institutsambulanzen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 87 wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 88
§ 120 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulambulanzen die Vergütung der Leistungen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden. Die Aufgabe wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 88 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 90

§ 124 Abs. 4, 5 und 7 SGB V (Zulassung Leistungserbringer Heilmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Nach geltendem Recht geben die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Empfehlung für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
2. Gleichfalls soll die Aufgabe der Zulassung/Zulassungsentzug von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

1. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Empfehlungskompetenz im Rahmen der Zulassung von Leistungserbringer der Heilmittelversorgung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
2. Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Kompetenz im Rahmen des Zulassungsverfahrens von Leistungserbringer der Heilmittelversorgung von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 90 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 91 Buchstaben a) und b) § 125 Abs. 1 und 2 SGB V (Rahmenempfehlungen und Verträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Empfehlungen für eine einheitliche Versorgung mit Heilmitteln sollen nicht mehr die Spitzenverbände der Krankenkassen, sondern der Spitzenverband Bund gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer vereinbaren.
- b) Künftig sollen nicht nur die Verbände, sondern auch die Krankenkassen oder Arbeitsgemeinschaften Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise etc. schließen können. Neben den Leistungserbringern und deren Verbänden kommen künftig auch sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern als Vertragspartner in Frage.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.). Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- b) Die Erweiterung der vertraglichen Handlungsoptionen ist grundsätzlich zu begrüßen; allerdings ist ein Preis- und Qualitätswettbewerb hiermit alleine nicht zu erreichen. Hierfür wäre anstelle der bisherigen Zulassung (Einbindung in die Versorgung, wenn die Anforderungen erfüllt sind und die bestehende vertragliche Regelung anerkannt wird) eine rechtssichere Regelung über die Einbeziehung in die Versorgung durch Vertrag erforderlich.

Darüber hinaus sollten weitere notwendige klarstellende Änderungen ergänzt werden:

- Streichung der Wörter Umfang und Häufigkeit der Heilmittelanwendung in § 125 Abs. 1 Nr. 1

Zwischen den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer und dem Gemeinsamen Bundesausschuss bestehen unterschiedliche Rechtsauffassungen hinsichtlich der in § 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V aufgeführten Begriffe „Umfang und Häufigkeit“ der Heilmittelanwendung. Nach Auffassung der Berufsverbände fallen die in den Heilmittel-Richtlinien geregelten diagnosengruppenspezifischen Gesamtverordnungsmengen und Behandlungseinheiten je Rezept unter „Umfang und Häufigkeit“ gemäß § 125 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.



- **Fortbildungsverpflichtung für alle an der Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten**

Seit dem GMG sind in den Rahmenempfehlungen auch Regelungen zur Fortbildung vorzusehen. Zwischen den Empfehlungspartnern bestehen Meinungsunterschiede hinsichtlich des Adressatenkreises der Fortbildungsverpflichtung. Nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen sind im Sinne einer qualitativ hochwertigen und nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand durchgeführten Heilmittelbehandlung alle an der Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten zur Fortbildung verpflichtet. Inhaltlich wird diese Auffassung von den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer geteilt. Allerdings sehen sie durch die gesetzlichen Vorschriften lediglich eine Fortbildungsverpflichtung des nach § 124 Abs. 2 SGB V Zugelassenen gedeckt. Aufgrund damit einhergehender arbeitsrechtlicher Unsicherheiten lehnen die Berufsverbände die Verankerung einer auch für die therapeutischen Mitarbeiter geltenden Fortbildungsregelung sowie der möglichen Sanktionen bei Nichterfüllung in den Rahmenempfehlungen ab.

Es sollte daher eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, dass alle an der Heilmittelversorgung beteiligten Therapeuten zur Fortbildung verpflichtet sind.

- **Vergütungsabschläge bei Nichterfüllung der Fortbildungsverpflichtung**

Neben der Präzisierung der Fortbildungsverpflichtung ist auch eine Konkretisierung für die vertraglichen Regelungen, insbesondere im Hinblick auf die Vergütungsfolgen bei fehlenden Fortbildungsnachweisen, vorzunehmen.

- **Ergänzung der Qualitätsprüfung als Regelungstatbestand der Rahmenempfehlungen**

§ 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 SGB V sieht vor, dass Qualitätsstandards beschrieben und vereinbart werden. Die Möglichkeit der Prüfung der vereinbarten Qualitätsanforderungen ist gesetzlich nicht vorgesehen. Es besteht nach § 125 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 SGB V lediglich die Möglichkeit zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Zur Klarstellung sollte daher die Qualitätsprüfung als Regelungstatbestand der Empfehlungen aufgenommen werden.

- **Ergänzung von Vertragsstrafen als Regelungstatbestand der Rahmenempfehlungen**

Die Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V sowie die Rahmenverträge nach § 125 Abs. 2 SGB V enthalten Regelungen zu Vertragsstrafen bei Nichterfüllung der dem Leistungserbringer obliegenden Verpflichtungen sowie anderweitigen Verstößen gegen die vertraglichen Vereinbarungen. In der Praxis kommt es mitunter zu Meinungsunterschieden hinsichtlich der Rechtsgrundlage der Vereinbarung von Vertragsstrafen, da diese in § 125 Abs. 1 SGB V nicht ausdrücklich genannt sind. Zur Klarstellung sollte die Möglichkeit der Vereinbarung von Vertragsstrafen in § 125 Abs. 1 SGB V aufgenommen werden.



C. Änderungsvorschlag

a) Artikel 1 Nr. 91 Buchstabe a) wird gestrichen.

In Artikel 1 Nr. 91 sollte aufgrund der dargestellten notwendigen Klarstellungen § 125 Abs. 1 Satz 4 folgend gefasst werden:

In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich deren Regelbehandlungszeit.
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen, und deren Prüfung.
- 2a. Maßnahmen zur Fortbildung aller an der Versorgung beteiligten Therapeuten.
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt.
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung.
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen.
6. Vertragsstrafen.

In Artikel 1 Nr. 91 sollte aufgrund der dargestellten notwendigen Klarstellungen § 125 Abs. 2 Satz 2 folgend gefasst werden:

Wird die Fortbildung für einzelne oder mehrere in einer Praxis therapeutisch tätigen Personen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen nicht nachgewiesen, sind in den Verträgen nach Satz 1 pauschale Vergütungsabschläge von der Abrechnung der Heilmittelpraxis vorzusehen.



**Artikel 1 Nr. 92
§ 126 Abs. 1 SGB V (Versorgung durch Vertragspartner)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das bisherige Zulassungsverfahren entfällt. Die Leistungsabgabe erfolgt nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen oder ihrer Verbände. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen den Krankenkassen Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Leistungsanbieter einschließlich deren Fortbildung geben.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung wird für zielführend erachtet. Sie korrespondiert mit dem Regelungsvorschlag des § 33 Abs. 6 (siehe Artikel Nr. 17 Buchstabe e)).

C. Änderungsvorschlag

Keinen



Artikel 1 Nr. 92

§ 126 Abs. 2 SGB V (Versorgung durch Vertragspartner)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Da die bisherige Zulassung von Hilfsmittel-Leistungserbringern aufgegeben werden soll, wird derzeit zugelassenen Leistungserbringern eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2008 eingeräumt.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht. Positive Kosteneffekte können infolge dieser Regelung allerdings im Jahr des Inkrafttretens des geplanten Gesetzes noch nicht erwartet werden, da aufgrund der unter dem Aspekt der Besitzstandswahrung notwendigen Übergangsregelungen zur Zulassung alle zugelassenen Leistungserbringer bis zum 31. Dezember 2008 nach wie vor grundsätzlich zur Abgabe von Hilfsmitteln berechtigt sind. Dies steht dem Ausschreibungsmodell als solchem und einem echten Preiswettbewerb zunächst entgegen.

Die Beibehaltung des Status quo während der Übergangsregelung von zwei Jahren macht erforderlich, dass für diesen Zeitraum die Informationspflichten und -möglichkeiten der Leistungserbringer und Krankenkassen bzw. deren Verbände über aufzahlungsfreie Versorgungsregelungen geregelt werden. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes die für die Versicherten wichtige Regelung entfällt, nach der die Krankenkassen sie über Leistungserbringer informieren können, die Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen abgeben. Es ist daher zu befürchten, dass die Versicherten innerhalb der folgenden zwei Jahre weiterhin mit unangemessenen Aufzahlungen belastet werden. Hier sollten Vorkehrungen zum Schutz der Versicherten getroffen werden.

In der Gesetzesbegründung sollte ein klarstellender Hinweis erfolgen, dass für die zugelassenen Leistungserbringer bereits ab Inkrafttreten des Gesetzes die Begrenzung auf den niedrigsten Vertragspreis oder Festbetrag gemäß § 33 Abs. 7 SGB V n. F. gilt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 92 wird wie folgt geändert:

§ 126 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz 2 angefügt: "Bis dahin können sich Leistungserbringer oder ihre Verbände gegenüber den Krankenkassen oder deren Verbänden bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) oder dem niedrigsten Vertragspreis (§ 33 Abs. 7) abzugeben; die Krankenkassen oder deren Verbände können die Versicherten sowie die Ärzte hierüber informieren. Soweit Leistungserbringer Hilfsmittel oberhalb der Festbeträge oder des Vertragspreises nach § 33 Abs. 7 abgeben, haben sie

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



die Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme darüber sowie über die von den Versicherten zu zahlende Differenz zwischen dem Festbetrag bzw. Vertragspreis nach § 33 Abs. 7 und dem eigenen Abgabepreis zu informieren; ist diese Information des Versicherten unterblieben, ist der Leistungserbringer nicht berechtigt, vom Versicherten neben der Zuzahlung nach § 33 Absatz 2 eine weitere Aufzahlung zu verlangen."



Artikel 1 Nr. 93 § 127 SGB V (Verträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Vorschrift werden die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften ermächtigt, mit einzelnen Leistungserbringern, Verbänden oder Zusammenschlüssen von Leistungserbringern Hilfsmittel-Versorgungsverträge zu schließen. Dies soll – soweit zweckmäßig – im Wege von Ausschreibungen erfolgen. Sofern keine Verträge als Ergebnis einer Ausschreibung oder andere Verträge geschlossen werden, ist im Einzelfall per Kostenvoranschlag zu entscheiden. Die Krankenkasse kann dazu verschiedene Preisangebote einholen.

B. Stellungnahme

Die Änderungen, insbesondere die erweiterten Vertragsabschlussmöglichkeiten und der Wegfall der Durchschnittspreisregelung werden begrüßt.

Die Verträge nach Absatz 1 und Absatz 2 sind im Prinzip identisch. Lediglich die Form der Vertragsanbahnung ist verschieden. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Verträge nach dem Gesetzeswortlaut unterschiedlich ausgestaltbar sein sollen. Die Rahmenbedingungen für die Verträge nach Absatz 1 und 2 sollten identisch geregelt werden, da die unterschiedliche Behandlung im Gesetz Fragen aufwirft. Es könnte zu Auslegungen kommen, wonach nur reine Lieferverträge ausschreibungsfähig sind.

Darüber hinaus wird das Verhältnis zwischen Einzel- und Kollektivverträgen nicht klargestellt, insbesondere hinsichtlich der Frage, welcher Vertragspreis zur Anwendung kommt, wenn beide Vertragsformen nebeneinander auftreten. Da es hier um den Versorgungsanspruch des Versicherten geht, empfiehlt sich eine entsprechende Aussage in der Begründung zu § 33 SGB V (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 17).

Außerhalb der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Hilfsmittelanbietern werden zunehmend beunruhigende Entwicklungen bei der Zusammenarbeit zwischen Hilfsmittelanbietern und Dritten, insbesondere Ärzten bekannt. So werden vermehrt Vertragsärzte durch Provisionen oder andere geldwerte Vorteile an bestimmte Hilfsmittelanbieter gebunden. Daneben sind verstärkt Gewinnbeteiligungsmodelle an Hilfsmittellieferfirmen oder vermietete Stellflächen in Arztpraxen für Hilfsmittellager zu beobachten. Neben dem Verstoß gegen die auf der Landesebene geltenden Berufsordnungen der Ärzte konterkarieren diese Auswüchse darüber hinaus das Ziel, Versorgungsleistungen nur noch durch Vertragspartner der jeweiligen Krankenkassen oder ihrer Verbände durchführen zu lassen.

C. Änderungsvorschlag



Artikel 1 Nr. 93 wird wie folgt geändert

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

"Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungsmöglichkeiten oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. In den Verträgen können insbesondere die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise, die Abrechnung und die Einzelheiten über die Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit Dritten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung geregelt werden. Dabei sind die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten."

§ 127 Abs. 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

"Soweit Ausschreibungen von Verträgen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen."

§ 127 SGB V wird um folgenden Absatz 6 ergänzt:

"(6) Einzelheiten über die Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit Dritten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung können in Verträgen nach Absatz 1 oder 2 geregelt werden. Die Gewährung von Provisionen, Beratungshonoraren oder anderen geldwerten Vorteilen durch Leistungserbringer oder Hersteller für die Zuweisung von Patienten an einzelne Leistungserbringer ist nicht zulässig."



**Artikel 1 Nr. 94
§ 128 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Vorschriften der § 128 soll in dieser Neufassung des § 139 eingefügt werden. Die Regelungen konkretisieren die Verfahren und Voraussetzungen zur Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses.

B. Stellungnahme

Siehe dazu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 116 § 139 SGB V

C. Änderungsvorschlag

keinen



Artikel 1 Nr. 95 Buchstaben a) bis g) § 129 SGB V (Rahmenverträge zur Arzneimittelversorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) § 129 Abs. 1 - Aut-idem-Auswahl
Rabattierte Arzneimittel nach 130a Abs. 8 SGB V haben Vorrang vor der rahmenvertraglichen Aut-idem-Auswahl der Apotheke.
- b) § 129 Abs. 2 - Bundesrahmenvertrag
Nach geltendem Recht regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Apotheker in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere über die Abgabe von verordneten Arzneimittel von Apothekern an Versicherte. Die Rahmenvertragskompetenz der Spitzenverbänden der Krankenkassen wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.
- c) § 129 Abs. 5 - regionale Arzneilieferverträge
Die Kompetenz für ergänzende Verträge auf Landesebene wird auf einzelne Krankenkassen ausgedehnt. Für Sprechstundenbedarf erhalten die einzelnen Krankenkassen Vertragsvollmacht.
- d) § 129 Abs. 5a – Aut-idem-Abgabe
Mit Apotheken kann regional eine Aut-idem-Abgabe zu Durchschnittskosten vereinbart werden („Flatrate“).
- e) Zu § 129 Abs. 5c - Apothekenverzicht auf Zuzahlungsinkasso
Apotheken können auf den Einzug von Zuzahlungen und Aufzahlungen zu Fest- oder Höchstbeträgen verzichten, haben die Beträge jedoch gegenüber den Krankenkassen abzurechnen.
- f) § 129 Absatz 6 – Datenlieferung
Nach geltendem Recht haben die Spitzenorganisationen der Apotheker zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 92 und zur Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel die erforderlichen Daten an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu liefern. Diese Daten und damit auch in diesem Zusammenhang stehenden Kompetenzen sollen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.
- f) § 129 Absatz 8 – Schiedsstelle
Nach geltendem Recht bilden die Spitzenorganisationen der Apotheker und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine gemeinsame Schiedsstelle. Diese Kompetenzen soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.



B. Stellungnahme

- a) § 129 Abs. 1 - Aut-idem-Auswahl
Die bisherige rahmenvertragliche Regelung erlaubt eine hinreichend wirtschaftliche Auswahl von Arzneimitteln. Der eingeräumte Vorrang von rabattierten Arzneimitteln setzt voraus, dass diese stets mindestens so wirtschaftlich sind wie die drei preisgünstigsten Arzneimittel nach Bundesrahmenvertrag. Zudem könnten Apotheken mit Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 Satz 5 neu SGB V zu wirkstoffgleichen Arzneimitteln dieses Auswahlfenster selbständig erweitern und Warenströme zu ihren Gunsten lenken. Eine Überprüfung, ob die wirtschaftlichen Vorteile im gesetzlich vorgesehenen Umfang an die Krankenkassen weitergegeben werden, ist faktisch unmöglich.
- b), f) und g)
Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.)
- c) § 129 Abs. 5 - regionale Arznelieferverträge
Das Regionalprinzip für Arznelieferverträge wird zugunsten kassenindividueller Verträge aufgegeben. Die Landesverbände werden mittelfristig ihr Verhandlungsmandat verlieren.
- d) § 129 Abs. 5a – Aut-idem-Abgabe
Die erweiterten Freiheiten der Aut-idem-Abgabe zu Durchschnittskosten verleiten unweigerlich zu neuen Rabattgeschäften auf der Handelsebene. Die Ansätze konterkarieren das gerade erlassene AVWG-Rabattverbot und den für die Krankenkassen ertragreichen Preiswettbewerb durch Zuzahlungsfreistellung.
- e) § 129 Abs. 5c - Apothekenverzicht auf Zuzahlungsinkasso
Der Abrechnungsanspruch der Krankenkassen bleibt unberührt. Die Regelung schafft gleiche Bedingungen für nationale und europäische Versandapotheken und erlaubt die Nutzung zur Kundenbindung in der Apotheke.

C. Änderungsvorschlag

- a) Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe a) keinen.
- b) Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe b) wird gestrichen.
- c) Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe c) keinen.
- d) Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe d) keinen.
- e) Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe e) keinen.
- f) Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe f) wird gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



g) Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe g) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 96 Buchstabe a) und b) § 130 SGB V (Apothekenabschlag)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Apotheken können auf Handelszuschläge teilweise verzichten.

Der mit der 14. AMG-Änderung aufgehobene Anpassungsauftrag für den Apothekenabschlag kehrt wieder.

Bei erstmaliger Anpassung für das Kalenderjahr 2009 ist zu berücksichtigen, ob im Jahre 2007 mind. 500 Mio. Euro durch individuelle Preisvereinbarungen und Rabattverträge gehoben wurden.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift korreliert mit der Umstellung der AMPPreisV auf Höchstpreise und setzt den Herstellerabgabepreis als untere Preisgrenze fest.

Die auf die 500 Mio. Euro anzurechnenden Rabatte setzen sich zusammen aus Aut-idem-Regelungen, einzelvertraglichen Preisvereinbarungen, Rabattverträgen der Krankenkassen mit Herstellern und Rabattverträgen der Apotheken mit Herstellern. Aus dieser Vertragsansammlung sind die Einsparungen nicht rechtssicher ermittelbar. Angesichts rechtlicher und datentechnischer Nichtdurchführbarkeit war in 2005 die Anpassungsregelung aufgehoben worden. Diese Situation stellt sich unverändert.

Sofern der Gesetzgeber einen Finanzierungsbeitrag der Apotheken tatsächlich heben will, muss er die Anpassung des Apothekenabschlages nach § 130 SGB V oder den zukünftigen Höchstzuschlag nach der AMPPreisV selbst vornehmen.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 96 Buchstabe b) werden die Wörter „den Vertragspartnern in der Vereinbarung nach § 129 Absatz 2“ durch die Wörter „dem Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.



Artikel 1 Nr. 97 Buchstaben a) bis i) § 130a SGB V (Rabatte über die Arzneimittelversorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) – c), e) – i)
§ 130a – Einheitliche Begrifflichkeit
Durchgängig wird auf den Begriff „pharmazeutischer Unternehmer“ umgestellt.
- d) § 130a Abs. 3b
Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund.
- i) § 130a Abs. 8 - Rabattverträge
Apotheken werden zum Abschluss von eigenen Rabattverträgen nach Ausschreibung ermächtigt, wenn Krankenkassen keinen Vertrag geschlossen haben.

Die vereinbarten Rabatte sind mit einem Selbstbehalt von 15 % bis max. 15 Euro an die Krankenkassen weiterzugeben. Es besteht lediglich eine Mitteilungspflicht an die Krankenkasse.

B. Stellungnahme

- d) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V).
- i) § 130a Abs. 8
Hersteller haben es in der Hand, sich zu Rabattverträgen ihre Partner unter Krankenkassen und nun auch unter Apotheken auszusuchen. Dabei können pharmazeutische Unternehmer oder Apotheken auch kassenselektiv vorgehen und auf den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander Einfluss nehmen. Die an dieser Stelle mehrdimensionalen Rabattverträge entlassen den Arzt aus der ökonomischen Verantwortung einer wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung.

Diese Regelung ist strategiefähig und kann zu erheblichen Ausgabensteigerungen führen. Rabattverträge mit Apotheken werden pharmazeutische Unternehmer als idealen Weg nutzen, um hochpreisige Arzneimittel in den Markt einzuführen. Die Rabatte kommen den Apotheken für die Einsparvorgabe 500 Mio. Euro zugute. Der Unternehmer kann bei freier Preisgestaltung den Rabatt so bemessen, dass die Apotheken auf die Zuzahlung verzichten können. Mit dem Zuzahlungsverzicht wird Nachfrage ausgelöst und die Markteinführung unterstützt. Wenn ausreichend Patienten auf das neue Präparat eingestellt sind, kann der Unternehmer den Rabattvertrag risikofrei kündigen. Versicherte und Kostenträger werden schlagartig belastet. Der verfassungsmäßige Auftrag der GKV zu einer über Kassen- und Länder-



grenzen hinweg gleichförmigen Versorgung wird durch Rabattverträge konterkariert.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 97 Buchstaben a) bis c) und e) bis i) Doppelbuchstabe aa) keinen.

Artikel 1 Nr. 97 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb) und Buchstabe i) Doppelbuchstabe bb) werden gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 98 Buchstabe a), b) und c)
§ 131 SGB V (Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

a), b), c)

Die Möglichkeit, mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmen auf Bundesebene Verträge über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

a), b), c)

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Möglichkeit, mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmen auf Bundesebene Verträge über die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung abzuschließen, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 98 Buchstaben a), b) und c) wird gestrichen



**Artikel 1 Nr. 99
§ 132a SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bisher hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen die Aufgabe, gemeinsam und einheitlich mit den Pflegeverbänden Rahmenverträge über die Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege zu schließen. Diese Aufgabe entfällt nun vollständig. Nunmehr wird die Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege gänzlich durch die Krankenkassen in Verträgen geregelt .

B. Stellungnahme

Die Regelung wird als sinnvoll erachtet, zumal in der Vergangenheit die Vereinbarungen im Sinne des § 132 a Absatz 1 SGB V an den Widerständen der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gescheitert sind.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 Nr. 100

§ 132b Abs. 1 und Abs. 2 SGB V (Versorgung mit Soziotherapie)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht können die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Soziotherapie mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.
- b) Nach geltendem Recht legen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich die Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie fest. Diese einheitlichen Anforderungen an die Leistungserbringer sollen künftig entfallen.

D. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.
- b) Durch den Wegfall der Empfehlungen zu einheitlichen Anforderungen müssen sich die soziotherapeutischen Leistungsanbieter darauf einstellen, ggf. eine Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen erfüllen zu müssen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 100 Buchstabe a) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 101

§ 132c SGB V (Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2: Die einheitlichen Anforderungen an die Leistungserbringer entfallen.

B. Stellungnahme

Durch den Wegfall gemeinsamer Empfehlungen zu einheitlichen Anforderungen müssen sich die Anbieter sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen darauf einstellen, ggf. eine Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen erfüllen zu müssen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 Nr. 102 **§ 132 d SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zur Realisierung des neuen Leistungsanspruches auf ambulante Palliativversorgung nach § 37 b schließen die Krankenkassen auf der Grundlage von Empfehlungen der Spitzenverbände Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen. Dies können auch Pflegeheime sein.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen erachten die Einführung des neuen Leistungsanspruch nach § 37b als nicht notwendig, da die in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 (neu) enthaltene Ermächtigung des G-BA, Richtlinien zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu beschließen, ausreichend ist, um sowohl im Rahmen der ärztlichen Versorgung als auch der Häuslichen Krankenpflege die erforderlichen Leistungen zur Verfügung zu stellen (s. dazu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 37b SGB V)).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 102 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 103 Buchstabe b) § 133 SGB V (Krankentransport)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- b) Die Krankenkassen erhalten von den Leistungserbringern einen Abschlag in Höhe von 3 v. H. auf die vertraglich vereinbarten Vergütungen für Krankentransportleistungen. Werden die Entgelte nicht vertraglich, sondern durch landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, reduziert sich die Leistungspflicht entsprechend.

B. Stellungnahme

- b) Der Vorschlag ist insgesamt kritisch zu bewerten. Sofern vertragliche Regelungen mit den Leistungserbringern zu vereinbaren sind, werden diese die vorgesehenen Ausgabenabschläge durch die Forderung nach entsprechenden Preiserhöhungen auszugleichen versuchen bzw. nicht länger bereit sein, günstige Einzelverträge abzuschließen. Daneben werden Rettungsdienste ihr satzungsmäßiges Recht in Anspruch nehmen, die Rettungsdienstgebühren direkt mit den Versicherten abzurechnen, um den Aufwand einer Abrechnung mit Krankenkassen und Versicherten zu vermeiden. Dies führt gegenüber den Versicherten zu vermehrtem Beratungsaufwand und durch die Einzelabrechnung zu erhöhtem Zeitbedarf bei der Abrechnung der Fahrten. Die Kosten für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Leistungserbringern sowie gegebenenfalls nicht realisierte Forderungen werden nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zu entsprechend erhöhten Gebühren im Folgejahr führen.

Des Weiteren ist vorgesehen, dass der die Leistungspflicht der Krankenkassen übersteigende Differenzbetrag bei landes- oder kommunalrechtlichen Benutzungsentgelten von den Versicherten zu tragen ist. Dies würde im Ergebnis bedeuten, dass der Versicherte neben der in § 61 SGB V geregelten gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung leisten müsste, welche nicht über die Härtefallregelung des § 62 SGB V aufgefangen werden kann.

Es ist zu bezweifeln, ob die angedachte Neuregelung zu Einsparungen führen wird. Vor diesem Hintergrund sowie im Hinblick auf die damit verbundene zusätzliche Belastung der Patienten sollte auf die vorgesehene Gesetzesänderung verzichtet werden.

Um die überproportionale Ausgabenentwicklung im Fahrkostenbereich einzudämmen, sollte vielmehr das Selbstkostendeckungsprinzip im Rettungsdienstbereich grundsätzlich abgelöst werden. Auch in diesem Leistungsbereich müssen die Beziehungen zu den Leistungserbringern durch Verträge gestaltet werden. Eine finanzielle Entlastung ist nur erreichbar, wenn entsprechende vertragliche Instrumente bereitgestellt werden. Ausschreibungen bzw. die Einholung weiterer Kostenvoranschläge sollten daher auch im Fahrkostenbereich zur Förderung des Preiswettbewerbs verankert werden. Diese in der Praxis bereits erprobten Instrumente sollten daher zukünftig § 133 ausdrücklich



genannt werden. Zudem ist die Möglichkeit der Krankenkassen, ihre Leistungspflicht auf wirtschaftliche Festbeträge zu begrenzen, auf Grund der derzeit dafür zu erfüllenden Kriterien nicht realisierbar. Diese Regelung muss daher vereinfacht werden.

C. Änderungsvorschlag

b) Artikel 1 Nr. 103 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

"(1) Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und Krankentransports unter Beachtung des § 71 Abs. 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmungen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Verträge nach Ausschreibung geschlossen werden. Sofern Vereinbarungen im Einzelfall getroffen werden, soll die Krankenkasse vorher auch bei anderen Leistungserbringern Preisangebote einholen."

"(2) Kommen Verträge nach Abs. 1 nicht zustande, setzen die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge in Höhe wirtschaftlich erbrachter Leistungen fest."

"(3) Abs. 1 gilt auch für Leistungen im Rahmen des Personenbeförderungsgesetz."



Artikel 1 Nr. 104

§ 134 a Abs. 1 SGB V i.V.m. Artikel 2 Nr. 22 (Versorgung mit Hebammenhilfe)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach § 134a Absatz 1 schließen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung. Die Änderung bewirkt, dass künftig auch die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen einzubeziehen sind. Die Änderung verpflichtet die Vertragspartner künftig auch, in den Verträgen für ambulante Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen wie z.B. Geburtshäusern einen Zuschuss zu den Betriebskosten dieser Einrichtungen zu vereinbaren. Vertraglich festzulegen sind nach der Änderungsvorschrift zudem auch Anforderungen an die Qualitätssicherung in den von Hebammen geleiteten Einrichtungen.
- a) In Absatz 2 wird durch eine Formulierungsänderung der Einbeziehung der Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen in die oben genannten Verträge Rechnung getragen.
- b) Auch in Absatz 4 wird durch eine Formulierungsänderung der Einbeziehung der Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen in die oben genannten Verträge entsprochen.

B. Stellungnahme

- b) Die Einführung eines Verhandlungsmandats für die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen sind nachvollziehbar, da die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen, maßgeblich das Netzwerk der Geburtshäuser, auch die Interessen freiberuflicher Hebammen mit vertreten. Allerdings hat der in diesem Zusammenhang verwendete Begriff „Einrichtungen“ in der Vergangenheit zu einer Vielzahl rechtlicher Auseinandersetzungen geführt, weil dieser einen weiten Interpretationsspielraum in Bezug auf Art und Umfang der Einrichtung eröffnet. Wünschenswert ist daher aus Klarstellungsgründen eine Ersetzung des Begriffes „Einrichtungen“ durch den Begriff „Geburtshäuser“.

Die in Abs. 1 Satz 1 intendierte Verpflichtung zur Vereinbarung eines Betriebskostenzuschusses war zu erwarten, da die Betriebskostenübernahme sowie deren Höhe in der Vergangenheit ein häufiger Streitpunkt zwischen den Krankenkassen, den Einrichtungen und den Versicherten war. Dabei ist im Zusammenhang mit der Wahlfreiheit der Versicherten über den Entbindungsort die Forderung der finanziellen Gleichstellung von Versicherten, die sich für eine Entbindung in einem Geburtshaus entscheiden, mit



Versicherten, die in der Klinik entbinden, erhoben worden. Durch eine zukünftige vertragliche Fixierung des Betriebskostenzuschusses können Auseinandersetzungen mit den Geburtshäusern und Versicherten sowie Forderungen der Geburtshäuser nach dem Selbstkostendeckungsprinzip vermieden werden.

Zu begrüßen ist, dass die Qualitätsanforderungen an die Geburtshäuser ebenfalls in den Verträgen zu regeln sind.

*Im Hinblick auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität
§ 71 Abs. 4 SGB V vorzulegenden Vergütungsvereinbarungen bei der Aufsichtsbehörde
um die Vergütungsvereinbarung nach § 134 a Abs. 1 SGB V sinnvoll.)*

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr.104 Buchstabe a) wird das Wort „Einrichtungen“ durch das Wort „Geburtshäuser“ ersetzt.



Artikel 1 Nr. 105 Buchstaben a) und b) § 135 Abs. 1 SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach § 135 Absatz 1 dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertrags- und vertragszahnärztlichen Versorgung nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen Empfehlungen abgegeben hat über
1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit,
 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und
 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Der Gesetzentwurf sieht die Erweiterung des Kreises der Antragsteller um die unparteiischen Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss vor.

- b) Für Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, in denen der Gemeinsame Bundesausschuss sechs Monaten nach Vorliegen der Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse noch keinen Beschluss gefasst hat, sieht der Gesetzentwurf vor, dass die antragsberechtigten Trägerorganisationen sowie das BMG eine Beschlussfassung innerhalb von weiteren sechs Monaten verlangen können. Kommt in dieser Zeit kein Beschluss zu Stande, soll die Methode zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

B. Stellungnahme

- a) Aus unserer Sicht gibt es keine zwingenden Gründe für die Änderungen, da sowohl die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses als auch die Patientenvertreter antragsberechtigt sind.

Andererseits halten wir die Stärkung der Unparteiischen im Bundesausschuss für sinnvoll.

- b) Eine auf die reine Beschlussfassung bezogene Frist von 12 Monate ist unkritisch. Der Beginn der ersten 6-Monatsfrist mit der Formulierung "seit Vorliegen der für die Entscheidung erforderlichen Auswertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse" erscheint inkonsistent und bedarf der Präzisierung.



C. Änderungsvorschlag

- a) Artikel 1 Nr. 105 Buchstabe a) keiner
- b) Artikel 1, Nr. 105, Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

Hinter die Wörter " der wissenschaftlichen Erkenntnisse" werden die Wörter " bzw. nach formeller Annahme der IQWiG-Empfehlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss" eingefügt.



Artikel 1 Nr. 106

§ 135a SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelungen in Artikel 1 Nr. 110, § 137 SGB V Abs. 1 werden die bisher in unterschiedlichen Vorschriften bestimmten Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung in verschiedenen Versorgungssektoren zusammengefasst. Die Qualitätssicherung soll, soweit dies möglich ist, sektorenübergreifend entwickelt und durchgeführt werden. Dieser Regelung entsprechend werden im § 135a die Verweise auf die entfallenen §§ 136a und 136b, deren Inhalte in den § 137 übernommen werden, gestrichen.

Durch die Regelungen in Artikel 1 Nr. 111, § 137a SGB V soll der Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt werden, nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige, wissenschaftliche Institution mit der Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie mit der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsbemühungen zu beauftragen. Die Institution soll damit beauftragt werden, möglichst sektorübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen zu entwickeln und die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln. In Artikel 1 Nr. 106, § 135a SGB V wird festgelegt, dass die entwickelten Anforderungen in einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

Um die geforderten Qualitätssicherungsinstrumente entwickeln zu können, haben die Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser der Institution nach § 137a für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben die nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.

B. Stellungnahme

Den Regelungen zur Konzentration der Qualitätssicherung ist zuzustimmen. Eine einheitliche Struktur für den Erlass möglichst sektorübergreifender Qualitätssicherungsanforderungen ist ein Beitrag zum Bürokratieabbau.

Die Berücksichtigung der durch institutionelle Unterstützung erarbeiteten Anforderungen ist ebenso sinnvoll wie die Übermittlung qualitätsrelevanter Daten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen warnen jedoch vor der beabsichtigten institutionellen Neuordnung. (Diese Bedenken werden in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 111, § 137a SGB V näher ausgeführt.)

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 107

§ 136 SGB V (Förderung der Qualität durch die KVen)

- a) Nach § 136 Absatz 2 prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die vorgesehene Änderung bewirkt, dass er dabei künftig die sektorübergreifenden Indikatoren und Instrumente für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen und die notwendige Dokumentation für einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung zu berücksichtigen hat, die künftig eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte fachlich unabhängige Institution erarbeiten soll (vgl. dazu auch Artikel 1 Nr. 111 (§ 137a)).
- b) Der Hinweis, dass entsprechende Richtlinien auch für den vertragszahnärztlichen Bereich zu erstellen sind, soll gestrichen werden.

B. Stellungnahme

- a) Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neufassung des § 137, die zum Ziel hat, die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich zu vereinheitlichen und sektorenübergreifend festzulegen. Eine einheitliche und sektorenübergreifende Regelung der Qualitätssicherung wird begrüßt.
- b) Durch die Streichung des Hinweises, dass auch für die vertragszahnärztliche Versorgung Kriterien zur Qualitätsbeurteilung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließen sind, ändert sich materiellrechtlich nichts. Eine entsprechende Regelung sieht der Gesetzentwurf jetzt in § 72 Abs. 1 Satz 2 vor.

A. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 108

§ 136 a SGB V (Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung)

B. Beabsichtigte Neuregelung

In § 136 a ist bisher die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Diese Regelungen entfallen. Statt dessen werden in § 137 die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und auch sektorenübergreifend geregelt.

D. Stellungnahme

Eine einheitliche und sektorenübergreifende Regelung der Qualitätssicherung wird begrüßt.

E. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 109
§ 136 b SGB V (Qualitätssicherung ZÄ)**

B. Beabsichtigte Neuregelung

In § 136 b ist bisher die Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern geregelt. Diese Regelungen entfallen. Statt dessen werden in § 137 die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und auch sektorenübergreifend geregelt.

F. Stellungnahme

Eine einheitliche und sektorenübergreifende Regelung der Qualitätssicherung wird begrüßt.

G. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 110

§ 137 SGB V (Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelungen in Artikel 1 Nr. 110 (§ 137 SGB V Abs. 1) werden die bisher in unterschiedlichen Vorschriften bestimmten Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung in verschiedenen Versorgungssektoren zusammengefasst. Die Qualitätssicherung soll, soweit dies möglich ist, sektorenübergreifend entwickelt und durchgeführt werden.

Zu den bisherigen Aufgaben kommt die Qualitätssicherung nach § 115 b SGB V (ambulantes Operieren) und § 116b Abs. 2 bis 5 (ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen) hinzu.

Das Recht des G-BA, Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität festzulegen, wird ersatzlos gestrichen.

Durch die Regelungen in Artikel 1 Nr. 110 (§ 137 SGB V Abs. 2) wird bestimmt, die Richtlinien nach Abs. 1 sektorenübergreifend zu erlassen. Dennoch wird die Möglichkeit eröffnet, bestimmte Module der Qualitätssicherung nicht sektorübergreifend zu gestalten.

Die in Abs. 3 aufgeführten Regelungen sind im Wesentlichen aus dem bisherigen § 137 Abs. 1 in den Abs. 3 verlagert worden. Sie sind weiterhin auf den stationären Sektor begrenzt.

Die in Abs. 4 aufgeführten Regelungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung sind aus dem bisherigen § 136b Abs. 2 in den Abs. 4 verlagert worden.

B. Stellungnahme

Den Regelungen in Abs. 1 zur Konzentration der Qualitätssicherung ist zuzustimmen. Eine einheitliche Struktur für den Erlass möglichst sektorübergreifender Qualitätssicherungsanforderungen ist ein Beitrag zum Bürokratieabbau.

Zu begrüßen ist die Möglichkeit, in weiteren Bereichen der Versorgung Abschlüsse bei Nichteinhaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen festzulegen.

Völlig inakzeptabel ist der Wegfall der ausdrücklichen Erwähnung des Rechts des G-BA, die Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität festlegen zu können. Den erfolgreichen Ansätzen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen sowie krebskranken Kindern, mit Mindestanforderungen die Versorgungsqualität anzuheben, wird die ausdrückliche gesetzliche Basis ohne Not entzogen. Regionale Konzepte haben in der Vergangenheit immer wieder dazu geführt, dass in bestimmten Bereichen Ausnahmere



gelungen auf Kosten der Qualität eingeführt wurden und international anerkannte Mindestanforderungen unterlaufen worden sind. Die Konsequenzen dieses Vorgehens tragen im Einzelfall betroffene Patienten.

Die Regelungen in Abs. 2 sind als sachgerecht und daher zu begrüßen. Auch wenn der Grundsatz „sektorenübergreifend“ gelten soll, muss es in Ausnahmebereichen möglich sein, davon abzuweichen (Qualitätssicherung bei Hausbesuchen oder bei Transplantationsleistungen).

Die Umsetzung der Punkte in Abs. 3 ist redaktionell erforderlich.

Die Umsetzung der Punkte in Abs. 4 ist redaktionell erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 110 § 137 Abs. 1 Nummer 2 SGB V wird nach den Worten „medizintechnischer Leistungen“ folgender Halbsatz angefügt „...; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.“



Artikel 1 Nr. 111 **§ 137a SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Vorschrift soll der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden, nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige, wissenschaftliche Institution mit der Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie mit der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsbemühungen zu beauftragen. Bestehende Einrichtungen, wie beispielsweise die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung sollen dabei genutzt werden, sofern über eine Änderung ihrer Organisationsform eine fachliche Unabhängigkeit hergestellt wird.

Die Institution soll insbesondere damit beauftragt werden

1. möglichst sektorübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Bürgerinnen und Bürger verständlichen Form zu veröffentlichen.

Die Institutionen, die an der Durchführung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien bestimmten verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung mitwirken, sollen der beauftragten Institution die für die Wahrnehmung der oben genannten Aufgaben erforderlichen Daten zur Verfügung stellen. Die Institution soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt.

Bei den oben genannten Aufgaben sollen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Berufsorganisationen der Pflegeberufe, die medizinischen Fachgesellschaften, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten beteiligt werden.

Die beauftragte Institution soll vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine leistungsbezogene Vergütung erhalten. Sie soll die oben genannten Aufgaben auch im Auftrage anderer Institutionen gegen Kostenbeteiligung wahrnehmen können.



B. Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Harmonisierung der unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren und die Durchführung über eine gemeinsame Institution zu begrüßen. Ausgenommen davon sollte jedoch die Qualitätssicherung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen bleiben. Diese wird im Gemeinsamen Bundesausschuss unter Hinzuziehung von Experten definiert. Hierbei werden auch einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungselemente aufgenommen. Die Vertragspartner der Programme müssen diese Anforderungen umsetzen und gegenüber dem Bundesversicherungsamt nachweisen. Eine Beauftragung eines externen Instituts erscheint deshalb in diesem Bereich nicht sinnvoll.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen warnen jedoch vor der beabsichtigten institutionellen Neuordnung, die zur Umsetzung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung vorgenommen werden soll. Die Ausschreibungspflicht könnte dazu führen, dass - entgegen der Aufforderung im Gesetzestext - die bestehende Einrichtung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung nicht genutzt werden kann. Abgesehen von den Kosten, die durch eine europaweite Ausschreibung entstehen, wäre mit der Beauftragung einer neuen Institution auch eine komplette Neuorientierung der Qualitätssicherungsverfahren verbunden, die sich im stationären Bereich bereits hervorragend bewährt haben. Vorarbeiten für die Einführung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung wurden bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bereits geleistet, so dass eine Umsetzung zeitnah möglich wäre. Es ist damit zu rechnen, dass eine neu zu beauftragende Institution einen Vorlauf von drei bis vier Jahren benötigen würde, bis der enorme Wissensverlust aufgeholt wäre und erste Verfahren zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung anlaufen könnten. Nach europäischem Recht könnte jedoch auf eine Ausschreibung verzichtet werden (In-House-Geschäft), wenn die Gesellschafterstrukturen bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung weitgehend erhalten blieben.

Problematisch ist darüber hinaus, dass bei Beauftragung einer fachlich und wirtschaftlich unabhängigen Institution mit der Entwicklung und Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen die derzeitige Form der ehrenamtlichen Mitarbeit in den Fachgruppen gefährdet wäre. Die Fachgruppen bestehen derzeit aus medizinischen und pflegerischen Experten, die von den Gesellschafterbänken der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung benannt werden. Diese Experten agieren unabhängig und sind nicht weisungsgebunden. Sie erarbeiten Vorschläge für die Weiterentwicklung des Verfahrens, die dann im Gemeinsamen Bundesausschuss beraten und ggf. beschlossen werden. Darüber hinaus entwickeln sie die zu erhebenden Module und analysieren die Ergebnisse. Müsste der in den bestehenden Fachgruppen versammelte Sachverstand extern eingekauft werden, wäre mit immensen Kostensteigerungen zu rechnen. Dies gilt auch für die Gremien und Institutionen auf der Landesebene, deren Verhältnis zur neu zu etablierenden Institution auf Bundesebene in keiner Weise geregelt ist. Die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung und deren Arbeitsgruppen sind mit der Durchführung des Strukturierten Dialogs für einen entscheidenden Teil des Verfahrens, für die Rückkoppelung der Ergebnisse an die Leistungserbringer, verantwortlich. Dies ist von einer einzigen Institution bundesweit nicht zu leisten.



C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 111 wird § 137a wie folgt gefasst:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V beauftragt eine von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildete Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach den §§ 115 Abs. 1, 116b Abs. 4 Satz 4 und 137 Abs. 1 zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind. Dieser Institution soll auch die Aufgabe übertragen werden, sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den in Satz 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst werden.

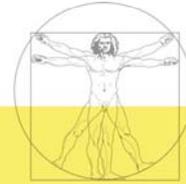
(2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Bürgerinnen und Bürger verständlichen Form zu veröffentlichen.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 mitwirken, haben diese der Institution nach Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Die Institution hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt.

- (3) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 2 sind die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, der Verband der privaten Krankenversicherung und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu beteiligen.
- (4) Für die Erfüllung der Aufgaben erhält die Institution vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine leistungsbezogene Vergütung. Die Institution kann auch im Auftrag anderer Institutionen gegen Kostenbeteiligung Aufgaben nach Absatz 2 wahrnehmen.“

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



GKV
Die Gesetzlichen Krankenkassen



Artikel 1 Nr. 112

§ 137c SGB V (Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Das Antragsrecht der Spitzenverbände der Krankenkassen soll auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

C. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch abgelehnt, dass das Recht der Spitzenverbände der Krankenkassen, Beratungsanträge beim Gemeinsamen Bundesausschuss stellen zu können, auf den Spitzenverband Bund übertragen wird. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 112 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 113

§ 137d SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sowie für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach den §§ 111 und 111a SGB V zu tragen. Gleichzeitig bleibt die Verpflichtung bestehen, mit den Verbänden der Leistungserbringer die Maßnahmen der Qualitätssicherung zu vereinbaren. Darüber hinaus erfolgt ein Hinweis auf die Verpflichtung zur Zertifizierung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 20 SGB IX für o.a. stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Die Vorschriften zur Qualitätssicherung für ambulante und stationäre Rehabilitation werden zusammengefasst. Gleiches gilt für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 111 und § 111a SGB V. Für die ambulante Vorsorge ist eine separate Regelung vorgesehen.

D. Stellungnahme

Die Übernahme der Auswertungskosten für die externe Qualitätssicherung führt voraussichtlich zu einer zusätzlichen Belastung der GKV von jährlich annähernd 10 Mio. € und wird abgelehnt.

Die Verpflichtung, eine Vereinbarung mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer über die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu schließen, erschwert das in der Gesetzesbegründung genannte Ziel, dass die Regelungen zur Qualitätssicherung zwischen den Rehabilitationsträgern besser untereinander abgestimmt werden sollen. Die grundlegenden Anforderungen an die externe Qualitätssicherung und das interne Qualitätsmanagement werden bereits nach § 20 SGB IX rehabilitationsträgerübergreifend hinreichend geregelt. Gleiches gilt für die Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer. Eine trägerübergreifende Harmonisierung der Qualitätssicherungsverfahren wird durch separate Vereinbarungen behindert.

Die Verpflichtung zur Zertifizierung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erzeugt hohe laufende Kosten, ohne demgegenüber einen nachweislichen Zusatznutzen zu erbringen. Für den Bereich der Rehabilitation führt die Beschränkung der Zertifizierungspflicht auf stationäre Einrichtungen zur Ungleichbehandlung und Wettbewerbsnachteilen gegenüber den ambulanten Einrichtungen. Daher wird eine Zertifizierungspflicht abgelehnt (vgl. auch Ausführungen zu Artikel 6 Nr. 1, § 20 SGB IX).

Die vorgesehene Neuordnung der Regelungen zur Qualitätssicherung für ambulante und stationäre Rehabilitation, stationärer Vorsorgeeinrichtungen nach § 111 und Einrichtungen



mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a sowie für die ambulante Vorsorge ist sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 113 wird wie folgt geändert:

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

“(1) Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 oder § 111a und für ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 besteht, legen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 20 Abs. 1 des Neunten Buches die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 fest. Den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Kosten für die Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung tragen die Rehabilitationseinrichtungen.“



Artikel 1 Nr. 114 Buchstabe a) § 137 f Abs. 2 Nr. 2 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung soll sichergestellt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Empfehlungen zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen für die strukturierten Behandlungsprogramme die nach § 137 a Abs. 2 Nr. 1 und 2 von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten externen Institution festgelegten Indikatoren und Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität und Anforderungen an die Dokumentation einbezieht. Ziel dieser Einbeziehung ist es, die Anforderungen an die Qualitätssicherung bei den unterschiedlichen Versorgungsformen möglichst einheitlich zu gestalten.

B. Stellungnahme

Die Qualitätssicherung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen wird im Gemeinsamen Bundesausschuss unter Hinzuziehung von Experten definiert. Hierbei werden bereits heute auch einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungselemente aufgenommen.

Die Vertragspartner der Programme müssen diese Anforderungen umsetzen und gegenüber dem Bundesversicherungsamt nachweisen. Die Vorgabe von Indikatoren und Instrumenten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität und von Anforderungen an die Dokumentation durch ein externes Institut erscheint nicht sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 114 Buchstabe a) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 114 Buchstabe b)
§ 137 f Abs. 5 S. 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung dient der Erleichterung und Vereinfachung der Beauftragung der Datenstellen zur Umsetzung bundeseinheitlich abgestimmter Vorgaben im Formularwesen der strukturierten Behandlungsprogramme und im technischen Bereich (z.B. Dokumentationsbögen, Plausibilitätsprüfung, Datensatzformate). Im Rahmen einer Kann-Regelung werden die Verbände der Krankenkassen damit ermächtigt, die Datenstellen entsprechend zu beauftragen. Damit muss nicht mehr wie bisher eine inhaltsgleiche Beauftragung in jeder Region einzeln durch die regionale Arbeitsgemeinschaft (also für 17 KV-Bereiche) erfolgen. So wird vermieden, dass dieselben Aufgaben mehrfach an die regionenübergreifend tätigen Datenstellen herangetragen werden.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird als zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



**Artikel 1 Nr. 115 Buchstabe a)
§ 137g Abs. 1 S.1 SGB V (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Antragsberechtigt für die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Krankheiten (DMP) nach § 137 f Abs. 1 sind nach geltendem Recht einzelne Krankenkassen oder Verbände der Krankenkassen. Die vorgesehene Änderung bewirkt, dass künftig neben einzelnen Krankenkassen oder Verbänden der Krankenkassen auch mehrere Krankenkassen gemeinsam einen Antrag stellen können.

B. Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung stellt eine Maßnahme der Entbürokratisierung dar und wird begrüßt. Die Menge der Anträge an das BVA könnte durch sie deutlich reduziert werden.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 115 Buchstabe b)
§ 137 g Abs. 3 SGB V (Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Berichtspflicht des Bundesversicherungsamtes bis zum 30. April 2004 über die Auswirkungen der Regelungen in § 267 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 3 Satz 3 in Verbindung mit den §§ 137 f und 137 g auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen sowie die Durchführung des Verfahrens zum Risikostrukturausgleich wird aufgehoben. Die Regelung hatte in der Einführungsphase der strukturierten Behandlungsprogramme den Sinn, die Auswirkungen der Neuregelung zu analysieren. Dieser Zweck ist erfüllt.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift wird als zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



Artikel 1 Nr. 116

§ 139 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln) (Der ehemalige § 128 SGB V wird aufgehoben und geht in § 139 SGB V n.F. auf.)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Vorschriften der §§ 128 und 139 sollen in dieser Neufassung des § 139 zusammengefasst werden. Die Regelungen konkretisieren die Verfahren und Voraussetzungen zur Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses.

B. Stellungnahme

Die Änderung wird grundsätzlich für zielführend erachtet. Der Änderungsvorschlag zu Absatz 3 stellt klar, dass der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeint ist und lehnt sich an der bisherigen Formulierung an.

Die Bezeichnung "und Produktleistung" in der Gesetzesbegründung ist irreführend, da diese gerade über die indikationsbezogenen oder einsatzbezogenen Anforderungen abgefragt und vergleichend ermittelt wird.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 116, § 139 wird wie folgend geändert:

1. Absatz 3 wie folgt gefasst:

"Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis erfolgt auf Antrag des Herstellers. Über die Aufnahme entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich, **nachdem der Medizinische Dienst (MDS) die Voraussetzungen nach Absatz 4 geprüft hat.**"

(Fettdruck kennzeichnet die Veränderungen gegenüber dem Gesetzentwurf)

2. In der Begründung zu Absatz 5 wird die Angabe "und Produktleistung" zu streichen.



**Artikel 1 Nr. 117 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)
§ 139a Abs. 3 Nr. 5 SGB V (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zum Nutzen sollen nun auch die Kosten von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewertet werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der vorgesehenen Neufassung des § 35b Absatz 1 SGB V, nach der das Institut künftig nicht nur den Nutzen von Arzneimitteln bewerten, sondern auch eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel erstellen soll. (Siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 20 (§ 35b Buchstabe b)). Diese Ergänzung wird begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 117 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)
§ 139a Abs. 3 Nr. 6 SGB V (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen soll für alle Bürgerinnen und Bürger zusätzlich zu allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung Informationen zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung bereitstellen.

B. Stellungnahme

Die bisherige Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (gem. § 91 Abs. 3 Satz 3 alt), evidenzbasierte Patienteninformation zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung abzugeben, soll auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verlagert. Die bereits bestehende Aufgabe des Instituts, Bürgerinformationen bereit zu stellen, würde hierdurch sinnvoll ergänzt, Doppelarbeiten würden vermieden und die Verantwortlichkeiten eindeutig zugeordnet. Allerdings sind Bürgerinformationen von denjenigen Informationen zu differenzieren, die das Institut im Rahmen eines Bewertungsauftrags zu Arzneimitteln oder neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zusätzlich erstellt. Wenn diese Informationen vor Abschluss des laufenden Beratungsverfahrens öffentlich gemacht würden, könnte dies den Entscheidungsverlauf des Gemeinsamen Bundesausschusses beeinflussen. Zur Absicherung des Beratungsverfahrens sollte in der Begründung zum Gesetzestext klargestellt werden, dass diese Informationen nicht vor Abschluss des Verfahrens veröffentlicht werden dürfen.

C. Änderungsvorschlag

In die Begründung zu Artikel 1 Nr. 117 § 139a Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) werden folgende Sätze ergänzt:

Das Institut hat im Rahmen seiner Beauftragung Informationen zum Beratungsgegenstand bereitzustellen, die den aktuellen Stand der Wissenschaft in allgemein verständlicher Form widerspiegeln. Um eine unabhängige Beschlussfassung des Beratungsgegenstandes im gemeinsamen Bundesausschuss zu gewährleisten, darf die Patienteninformation zu den unmittelbaren Gegenständen der Beauftragung jedoch erst nach Abschluss des Verfahrens (Veröffentlichung des G-BA-Beschlusses im Bundesanzeiger) veröffentlicht werden.



Artikel 1 Nr. Nr.117 Buchstabe b)

§ 139a Abs. 4 SGB V (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung soll bewirkt werden, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten hat, dass es seine Aufgaben auf Basis international üblicher und akzeptierter Standards der evidenzbasierten Medizin erfüllt. Es soll außerdem in regelmäßigen Abständen über seine Arbeitsprozesse und –ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich berichten.

B. Stellungnahme

Die Änderung hebt die Leistungsanforderungen an die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hervor. Aufgrund der Bedeutung seiner Arbeitsergebnisse für die Beratung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist diese Ergänzung sinnvoll und angemessen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 117 Buchstabe c) § 139a Abs. 5 SGB V (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Institut hat schon nach der geltenden Fassung des § 139 Absatz 5 den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Nach der vorgesehenen Änderung soll das auch für Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis und die Arzneimittelhersteller gelten.

Gelegenheit zur Stellungnahme soll in allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens gegeben werden. Die Stellungnahmen sollen in die Entscheidung einbezogen werden. In der Begründung wird konkretisiert, was der Gesetzgeber unter dem Begriff "in allen wichtigen Abschnitten des Verfahrens vorstellt: Es wird dort ausgeführt, die Fachkreise und Betroffenen sollten sowohl bei der Erstellung der Berichtspläne als auch bei den Vorberichten beteiligt werden. Auch Stellungnahmen zu den Endberichten sollen – auch im Hinblick auf den sich ergebenden Änderungs- oder Ergänzungsbedarf durch das Institut geprüft werden, damit ggf. notwendige Aktualisierungen frühzeitig durchgeführt werden können.

B. Stellungnahme

Durch die Änderung ist den aufgeführten Beteiligten in allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Formulierung ist zu unkonkret und lässt offen, nach welchen Abschnitten Stellungnahmen zuzulassen sind. Ohne Konkretisierung sind erhebliche Zeitverzögerungen zu befürchten, da den aufgeführten Beteiligten während des gesamten Bewertungsverfahrens ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden muss. Im Methodenpapier des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (Version 2, Stand 28.09.2006) sind die Stellungnahmemöglichkeiten während des Bewertungsverfahrens zur Vermeidung unnötiger Verzögerungen genau definiert. Danach werden Möglichkeiten zur Stellungnahme bei den Berichtsplänen und Vorberichten, nicht jedoch bei den Endberichten eingeräumt. Um Rechtsstreitigkeiten und unnötige Verzögerungen in der Arbeit des Instituts zu vermeiden, wird vorgeschlagen,

1. in den Gesetzestext aufzunehmen, dass die Gelegenheit zur Stellungnahme in festgelegten Abschnitten des Bewertungsverfahrens zu geben ist.
2. in der Begründung den vorletzten Satz zu streichen, nach dem auch bei Endberichten ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden soll.



C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 117 Buchstabe c) wird § 139a Absatz 5 wie folgt gefasst:

"Das Institut hat Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis, den Arzneimittelherstellern sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Möglichkeit zur Stellungnahme ist in festgelegten Abschnitten des Bewertungsverfahrens einzuräumen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

In der Begründung zu Artikel 1 Nr. 117 Buchstabe c § 139a Absatz 5 wird der Satz 5 gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 118 Buchstabe a)
§ 139c SGB V (Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

B. Stellungnahme

Die Änderung ist redaktioneller Art, da einer der insgesamt zwei Absätze gestrichen wird.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 118 Buchstabe b)

§ 139c SGB V (Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 2 des § 139c SGB V regelt die Finanzierung in Abhängigkeit von der gewählten Rechtsform bei der Institutserrichtung. Er soll entfallen.

B. Stellungnahme

Der Absatz 2 war bei der Bildung des Instituts für die Wahl der Rechtsform erforderlich. Mit der Errichtung des Instituts ist der Absatz 2 hinfällig geworden und die Streichung ist folgerichtig.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 119 Buchstabe a)
§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V (Bevölkerungsbezogene Flächendeckung integrierter
Versorgungsformen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Integrierte Versorgungsformen sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen.

B. Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) (§ 140d Abs. 1 Satz 2 -4 SGB V) verwiesen.

D. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 119 Buchstabe a) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 119 Buchstabe b)
§ 140a Abs. 1 Satz 4 SGB V (Arzneimittelversorgung mittels der Verträge nach
§130a Abs. 8 SGB V)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern nach § 130a Abs. 8 erfolgen.

B. Stellungnahme

Die Regelung verschafft den Vertragspartnern mehr Handlungsspielraum und wird als solche befürwortet, sofern „soll“ nicht als „muss“ ausgelegt wird. Zur Klarstellung, dass es sich hier um eine Option handelt, sollte eine klare „kann“-Formulierung getroffen werden.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 119 Buchstabe b) wird das Wort "soll" durch das Wort "kann" ersetzt.



**Artikel 1 Nr. 120 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)
§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (Einbezug der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Einbezug der Pflegekassen und der zugelassenen Pflegeeinrichtungen ist auf Grundlage des § 92b SGB XI vorgesehen.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 120 Buchstabe b)
§ 140b Abs. 4 Satz 2 und 4 SGB V (Verträge zu integrierten Versorgungsformen)
Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der § 140b Abs. 4 Satz 4 erweitert die Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern durch selektivvertragliche Regelungen im Bereich der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen.

B. Stellungnahme

Die erweiterten Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern im Rahmen von selektivvertraglichen Regelungen werden begrüßt. Ggf. können sich allerdings zwischen den vorgesehenen Regelungen der Zulassung für die ambulante Versorgung nach § 116 Abs. 2 SGB V und den Möglichkeiten der Selektivverträge gemäß § 140b Abs. 4 Satz 4 SGB V Konkurrenzen ergeben.

Diese neuen Möglichkeiten können jedoch in Konflikt mit Satz 2 geraten, wonach der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V nur für Verträge nicht gilt, die bis zum 31.12.2006 geschlossen werden. Dieser Zusammenhang ist auch in Verbindung mit der Anschubfinanzierung (siehe Artikel 1 Nr. 121) zu betrachten. Es wird deshalb vorgeschlagen die Vorschrift des Absatzes 4 Satz 2 bis zum 31.12.2008 zu verlängern.

C. Änderungsvorschlag

Im Artikel 1 Nr. 120 Buchstabe b) wird folgende Änderung eingefügt: „In Satz 2 wird "2006" durch "2008" ersetzt.“



Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V (Dauer und Umfang der Anschubfinanzierung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Kommentierung zum GKV-WSG beschreibt die im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vorgesehene, lückenlose Verlängerung der Anschubfinanzierung bis einschließlich 2008.

B. Stellungnahme

Mit den Änderungen der §§ 140 a ff. SGB V kam es seit dem 01.01.2004 zu einer Wiederbelebung integrierter Versorgungsformen. Die bestehenden Regelungen setzten dabei neue Anreize, Innovationspotentiale für das deutsche Gesundheitswesen zu erschließen. Die Umsetzung gelang dem Wettbewerbsgedanken folgend allerdings in den einzelnen Versorgungsregionen in einem unterschiedlichen Umfang. So sind die in einigen Versorgungsregionen zur Verfügung stehenden Anschubfinanzierungsmittel bereits von den Krankenkassen ausgeschöpft worden, obwohl in diesen Versorgungsregionen noch weitere Angebote vorliegen und sinnvolle Versorgungskonzepte umgesetzt werden könnten. Das große Innovationspotential der vergangenen drei Jahre wird bei einem Festhalten an der 1%igen Anschubfinanzierung nachhaltig beeinträchtigt. Die Refinanzierungsmöglichkeiten sollten deswegen für die verbleibende Laufzeit auf 2 vom Hundert aufgestockt werden.

Vor dem Hintergrund der seit Einführung des § 140 a ff. SGB V zum 01.01.2000 stets schwierigen Verhandlungen zur Budgetbereinigung sollten integrierte Versorgungsformen zukünftig gänzlich nicht mehr entsprechenden Bereinigungsregelungen unterliegen. Vor diesem Hintergrund sollte die im VÄndG vorgenommene Verlängerung der Anschubfinanzierung um zwei Jahre auf eine unbefristete Finanzierung, die als vereinfachtes, unbürokratisches Verfahren der Budgetbereinigung zu erklären ist, ausgeweitet werden.

Dieses Verfahren hätte den Vorteil, dass Budgetbereinigungen auch mit dem zukünftigen Honorarsystem der Ärzte problemlos durchgeführt werden könnten. Zudem kann der Übergang in ein Wettbewerbssystem - der den Begründungen nach erreicht werden soll – nur bei einer langfristig planbaren Perspektive erfolgen.

Wesentliche Variable für die Schnelligkeit des geplanten Systemwechsels wird perspektivisch die Höhe der Kürzungssätze sein. Perspektivisch sollten die Kürzungssätze auf mindestens 2% angehoben werden. Die Höhe könnte danach sukzessive weiter angepasst werden.

C. Änderungsvorschlag



Im Falle einer zeitlich unbefristeten Finanzierung der integrierten Versorgung wird vorgeschlagen, in Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) § 140 d Absatz 1 Satz 1 SGB V die Wörter "in den Jahren 2004 bis 2006" ersatzlos zu streichen und "1 vom Hundert" durch "2 vom Hundert " zu ersetzen.

ansonsten

Beim Festhalten an einer zeitlich befristeten Anschubfinanzierung ist in § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V die Angabe „2006“ durch die Angabe „2008“ und "1 vom Hundert" durch "2 vom Hundert " zu ersetzen.



Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) § 140 d Abs. 1 Satz 2-4 SGB V (Verwendung der Anschubfinanzierung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Mittel der Anschubfinanzierung sollen nur noch

1. für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser,
2. für ambulante vertragsärztliche Leistungen und
3. für Versorgungen mit einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung

verwendet werden dürfen. Von dieser Regelung werden Aufwendungen für "besondere Integrationsaufgaben" ausgenommen.

B. Stellungnahme

Zu 1. und 2.

Die Regelung trägt zu einer bereits überwunden geglaubten, sektoralen Differenzierung bei, die dem Ziel integrierter Versorgungsformen entgegen steht. Neben der Integration der eigentlichen Leistung (in Form der Behandlungen) sollten auch bei der Gegenleistung (in Form der (Anschub-)Finanzierung der Behandlungen) keine Unterschiede zwischen den einzelnen Sektoren der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehen.

Die Startschwierigkeiten integrierter Versorgungsformen in den Jahren 2000 bis 2003 belegen, wie groß die Umsetzungsprobleme bei sektoral ausgerichteten Finanzierungsregeln waren. Zu erwarten ist, dass Krankenkassen aus Sorge um Finanzierungsrisiken (bzw. -nachteile) zukünftig Leistungen wie

- die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- Leistungen der medizinischen Rehabilitation bzw.
- ergänzende Leistungen

nicht mehr in den Integrationsverträgen berücksichtigen. Dabei besteht aus Sicht der Versorgung die Gefahr, dass Leistungen aus ökonomischen Gründen von Versorgungskonzeptionen abgetrennt werden, obwohl diese Leistungen (eigentlich) untrennbar zum Versorgungskonzept integrierter Versorgungsformen gehören.

Die besonderen Integrationsaufgaben sind zudem über die amtlichen Begründungen hinaus genauer zu definieren. Jeder zukünftige Vertragspartner wird (wahrscheinlich nicht zu Unrecht) auf seine besonderen Koordinationsleistungen bei integrierten Versorgungsformen verweisen.

Zu 3.



Versorgungsverträge mit einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung müssen mit qualitativen Verbesserungen bei der Versorgung einhergehen und bedürfen deswegen einer umfassenden Vorbereitung (Analyse des Leistungsgeschehens und Entwicklung von Verbesserungen) und kontinuierlichen Überprüfung durch die Vertragspartner. Veränderungen in der Versorgung und damit einhergehende Einsparungen sind deshalb in der Regel nicht innerhalb der nächsten ein bis zwei Jahre sondern allenfalls mittel- oder langfristig erkennbar und erzielbar. Zudem ist über die bereits bestehenden Möglichkeiten einer 1%igen Anschubfinanzierung hinaus keine Aufstockung geplant, obwohl Versorgungsleistungen mit einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung Finanzvolumina im größeren Umfang zu Lasten der Krankenkassen auslösen und damit nicht unerhebliche ökonomische Risiken in sich bergen. Vor diesem Hintergrund ist nicht damit zu rechnen, dass bei kurzer (Rest-)Laufzeit überhaupt entsprechende Versorgungsverträge umgesetzt werden.

Im Übrigen ist diese dirigistische Beschränkung ordnungspolitisch nicht nachvollziehbar, da sie entgegen der Intention des Wettbewerbsstärkungsgesetzes planerisch in die Entscheidungen von Anbietern und Krankenkassen eingreift. Statt dessen sollte der Gesetzgeber darauf vertrauen, dass sich die geeigneten Versorgungsmodelle im Wettbewerb durchsetzen werden.

Nur bei der konsequenten Aufstockung und der Verlängerung der Anschubfinanzierung sind entsprechende Versorgungsmodelle wahrscheinlich.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) § 140 d Abs. 1 Satz 5 SGB V (Verwendungsnachweis der Anschubfinanzierung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb des für die Anschubfinanzierung vorgesehenen Zeitraums (unter Berücksichtigung der widersprüchlichen Kommentierung zu Nummer 121 (§140d) - Buchstabe a) - Doppelbuchstabe aa)) für integrierte Versorgungsformen ausgegeben, sind die verbleibenden Finanzmittel nach § 140d Abs. 1 bislang entsprechend ihres Anteils an den jeweils einbehaltenen Beträgen an die Kassenärztliche Vereinigung zurückzuzahlen. Zusätzlich wird eine Verpflichtung zur Darlegung nun in § 140 d Abs. 1 Satz 5 SGB V geregelt.

Zudem werden Krankenhäuser von einer ggf. vorzunehmenden Rückführung gekürzter Finanzmittel ausgeschlossen.

B. Stellungnahme

Diese Vorgabe wird von der GKV und der KBV unterschiedlich ausgelegt. Neben Fragen zur Nachweisverpflichtung sind insbesondere die Mittelverwendung für einen bestimmten Vertrag oder für mehrere Verträge sowie die Verwendung über das Jahr 2007 hinaus bis 2010 strittig. Um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden, sind auch hier gesetzliche Klarstellungen notwendig.

Da die Krankenkassen ohnehin gemäß des geltenden § 140d Abs. 1 Satz 5 zu einem Nachweis über die Mittelverwendung verpflichtet werden, ist die (zusätzliche) Regelung gemäß § 140d Abs. 1 Satz 5 (im geplanten WSG) SGB V entbehrlich.

Die Neuregelung des bisherigen § 140d Abs. 1 Satz 5 wird begrüßt.

Die Regelung wird damit begründet, dass die nicht verwendeten Krankenhausmittel einen Teilbetrag zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung leisten sollen. Dieser Ansatz geht mit Regelungen zum Krankenhausentgeltgesetz (§ 8 KHEntgG) einher. Dort war ursprünglich ein Sanierungsbeitrag von 1% vorgesehen, der nunmehr auf 0,7% reduziert wurde und ergänzt wird mit Änderungen zum Mindererlösausgleich (geschätzte 0,2%) und den hier relevanten Nicht-Rückzahlungen von einbehaltenen Mitteln zur Finanzierung der integrierten Versorgung (geschätzte 0,1%). Die Krankenkassen gehen aber davon aus, dass es aufgrund sorgfältiger Kalkulationen bei der Ermittlung der Kürzungsbeträge im Bereich der integrierten Versorgung zu keinen Rückzahlungen kommen wird. Die Regelung läuft deshalb ins Leere. Einsparungen finden nicht statt.

C. Änderungsvorschlag



Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) wird gestrichen.

Folgende Sätze werden dann Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) angehängt:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei Einbehalt der Anschubfinanzierung jeweils im ersten Quartal des darauffolgenden 3. Jahres gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen einen pauschalen Mittelverwendungsnachweis abzugeben. Aus diesem Nachweis sollen die im Abzugsjahr einbehaltenen Mittel, deren Verwendung für Verträge nach § 140a sowie mögliche Rückzahlungsverpflichtungen nachvollziehbar hervorgehen. Eine Verrechnung zwischen mehreren Verträgen ist möglich. KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen sollen zur näheren Ausgestaltung eine gemeinsame Empfehlung abgeben.“



Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) § 140 d Abs. 2 SGB V (Bereinigung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens der Gesamtvergütungen ist auf den EBM abzustellen.

B. Stellungnahme

Ein vorteilhaftes, unbürokratisches Verfahren wurde in der Stellungnahme zu § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V bereits beschrieben. Sofern dieser Vorschlag durchsetzbar ist, ist § 140 d Abs. 2 SGB V zu streichen.

Sofern dieser Vorschlag nicht durchsetzbar ist, kommt die geplante Vorschrift einer Klarstellung zur Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens gleich. Die Budgets der Kollektivverträge werden um diejenigen Volumina gekürzt, die dort an Ausgaben entstanden wären, wenn die Leistungen nicht in den Selektivvertrag verlagert worden wären. Diese Vorschrift ist zu begrüßen.

Unzureichend ist jedoch weiterhin, dass die Bereinigung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartnern der Gesamtverträge verhandelt werden muss. Diese haben im allgemeinen kein Interesse an direkten Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und Vertragsärzten bzw. sehen sich dadurch in Frage gestellt. Damit wird es weiterhin schwierig werden, Bereinigungen der Vergütungen im Kollektivvertrag durchzusetzen.

C. Änderungsvorschlag

Unter der Prämisse der Stellungnahme zu § 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V ist Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) zu streichen.

Ansonsten erfolgt keine Änderung.



Artikel 1 Nr. 121 c)

§ 140 d Abs. 5 SGB V (Berichtspflicht der gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle)

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 140d Abs. 5 SGB V sieht die Meldung von Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach § 140 d Abs. 1 von den Krankenkassen an die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam eingerichtete Registrierungsstelle vor. Die Registrierungsstelle soll einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung veröffentlichen.

B. Stellungnahme

Die Registrierungsstelle ist eine freiwillige Einrichtung der vorgenannten Organisationen, die den von einer Kürzung betroffenen Leistungserbringern gemäß §140d Abs. 1 SGB V kursorische Prüfmöglichkeiten der erfahrenen Abzüge ermöglichen soll. Krankenkassen nehmen an diesem Meldeverfahren freiwillig teil, um spätere Streitigkeiten über die Durchführung der Kürzungen zu vermeiden. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser können sich mit ihren Auskunftersuchen an die Registrierungsstelle wenden und erhalten entsprechende Auskünfte über die gemeldeten Kürzungsvoraussetzungen.

Die Registrierungsstelle hat nicht die Aufgabe, das tatsächliche Versorgungsgeschehen transparent darzustellen. Es obliegt jeder einzelnen Krankenkassen, eine entsprechende Transparenz über ihr Versorgungsangebot herzustellen und damit der Verpflichtung gemäß § 140 a Abs. 3 SGB V nachzukommen. Dem Gedanken des Wettbewerbsstärkungsgesetzes folgend sollten die wettbewerblichen, dezentralen Prozesse nicht zentral zusammengeführt werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 121 c) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 122 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) und bb)
§ 140f Abs. 2 SGB V (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a)
 - aa) Nach geltendem Recht entsprechen die in den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V entsandten sachkundigen Personen höchstens der Anzahl der von den Spitzenverbände der Krankenkassen Mitglieder in dieses Gremium. Die Kompetenz der Spitzenverbänden der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen. Aus diesem Grund soll die Anzahl der Sachkundigen Personen entsprechend der Anzahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund sein. Diese Aufgabenübertragung wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt.
 - bb) Aufzählung aller Richtlinien, bei denen Patientenorganisationen zukünftig das Recht haben, Anträge zu stellen.

B. Stellungnahme

- aa) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Aufgaben im Gemeinsamen Bundesausschuss von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden
- bb) Folgeänderung zur Änderung des § 91 sowie der geänderten Vorschriften zur Qualitätssicherung. Patientenvertretern werden weitgehende Antragsrechte eingeräumt. Die Regelung setzt voraus, dass das Antragsrecht verantwortungsvoll genutzt wird, um die Arbeit des G-BA nicht zu blockieren.

C. Änderungsvorschlag

- aa) Artikel 1 Nr. 122 Buchstabe a) Doppelbuchstabe a) wird gestrichen.
- bb) Artikel 1 Nr. 122 Buchstabe a) Doppelbuchstabe b) keiner



**Artikel 1 Nr. 122, Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa), bb) und cc)
§ 140f Abs. 4 Satz 1 (Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- b)
- aa) Regelung, dass Patientenvertreter bei den Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen bei Hilfsmitteln, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, beratend mitwirken (siehe auch Stellungnahme zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz).
- bb) Neben der bereits geregelten Mitwirkung an Empfehlungen der Spitzenverbände zur häuslichen Krankenpflege und zur Soziotherapie sollen Patientenvertreter auch die Möglichkeit erhalten, die Empfehlungen der Spitzenverbände zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung mitzuberaten.
- cc) Nach geltendem Recht wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten Organisationen bei Änderungen oder Neufassungen von Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses sowie der Bestimmung der Festbetragsgruppen und der Festsetzung der Festbeträge im den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V beratend mit. Die Kompetenz der Spitzenverbände der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

- b)
- aa) Folgeänderung auf Grund der Änderungen in § 126 SGB V und der Zusammenfassung der Vorschriften zum Hilfsmittelverzeichnis und zur Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln.
- bb) Eine Mitberatung ist sachgerecht.
- cc) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a)). Folglich wird auch der Übergang der Kompetenzen min Gemeinsamen Bundesausschuss von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden

C. Änderungsvorschlag

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



- aa) Artikel 1 Nr. 122 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) keinen.
- bb) Artikel 1 Nr. 122 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) keinen.
- cc) Artikel 1 Nr. 122 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) wird gestrichen.



Artikel 1, Nr. 123

§ 144 SGB V (Freiwillige Vereinigung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Klarstellung, dass es bei AOK Fusion keines Staatsvertrages bedarf. (§ 144 Abs. 1)
2. Bei Fusionsbeantragung Erfordernis der Vorlage von Unterlagen zur inhaltlichen Prüfung; gilt für alle Kassenarten. (§ 144 Abs. 2)

B. Stellungnahme

Ziel der Reform ist u.a., den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu verstärken. Dieses Ziel setzt eine konsequente Angleichung der wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen voraus. Hierzu gehört vor allem auch das Organisationsrecht der Krankenkassen, das im geltenden Recht etliche Sonderregelungen/Privilegien zu Gunsten einzelner Kassenarten enthält.

1. Daher wird die Klarstellung, dass es bei einer freiwilligen AOK Fusion keines Staatsvertrages bedarf, begrüßt.
2. Dagegen wird die Notwendigkeit einer inhaltlichen Prüfung, welche Auswirkungen eine Fusion auf Organisations-, Personal- und Finanzstruktur sowie Zahl und Verteilung von Geschäftsstellen hat (gilt für alle Kassenarten) als tiefgreifender Eingriff in das operative Geschäft bzw. die operative Geschäftsführungskompetenz abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Die Neuregelung der Vorlage inhaltlicher Unterlagen zur Genehmigung von Fusionen ist zu streichen.



Artikel 1 Nr. 124 Buchstabe a) § 155 Abs. 3 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ab 01.01.2008 geht verbleibendes Vermögen einer abgewickelten Betriebskrankenkasse im Falle des Fehlens eines zuständigen Landesverbandes (= letzte Kasse eines Landesverbandes, die damit zugleich Landesverbandsfunktion innehat [vgl. § 207 Abs. 4 SGB V]) oder der Nichtzugehörigkeit zu einem Landesverband (BKK der Dienstbetriebe des Bundes nach § 212 Abs. 1 Satz 2 SGB V [Bahn-BKK]) - statt wie bisher auf den Bundesverband - nunmehr auf den Spitzenverband Bund über, der dieses auf die übrigen BKK verteilt.

Hinweis: Über § 146a Satz 3 SGB V wird der geänderte § 155 Abs. 3 SGB V auch für das AOK-System, über § 164 Abs.1 Satz 1 SGB V für die Innungskrankenkassen und über § 171 Satz 1 SGB V für die Ersatzkassen gelten.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ab (zur Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 (§§ 217a, 217b SGB V)). In der Folge wird auch diese Änderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 124 Buchstabe a) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 124 Buchstabe b) **§ 155 Abs. 4 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- aa) Ab 01.01.2008 soll die Haftungsverpflichtung der Landesverbände für verbleibende Schulden der abgewickelten, nicht im Sinne des § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V geöffneten Betriebskrankenkassen entfallen. Das für die Befriedigung der Gläubiger nicht ausreichende Vermögen der abzuwickelnden Betriebskrankenkasse und ihres Trägerarbeitgebers soll anteilig auf die Gläubiger verteilt werden. Im Übrigen soll die Insolvenzordnung für die verbleibenden Verpflichtungen (§ 155 Abs. 4 Satz 3 SGB V) gelten.
- bb) Ab 01.01.2008 soll die Haftungsverpflichtung der Landesverbände für verbleibende Schulden der abgewickelten, im Sinne des § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V geöffneten Betriebskrankenkasse entfallen. Das für die Befriedigung der Gläubiger nicht ausreichende Vermögen der abzuwickelnden Betriebskrankenkasse soll nach den Regelungen der Insolvenzordnung verteilt (§ 155 Abs. 4 Satz 4 SGB V) werden.
- cc) Ab 01.01.2008 soll die Haftungsverpflichtung des Bundesverbandes für verbleibende Schulden einer abgewickelten Betriebskrankenkasse, die nicht Mitglied eines Landesverbandes ist, entfallen. Das für die Befriedigung der Gläubiger nicht ausreichende Vermögen der abzuwickelnden Betriebskrankenkasse wird nach den Regelungen der Insolvenzordnung verteilt (vgl. § 155 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V).

B. Stellungnahme

Der Wegfall der Haftungsverbände im Verbund mit der umfassenden Einführung des Insolvenzrechts stellt für die gesetzliche Krankenversicherung einen Paradigmenwechsel dar, der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 131 (§ 171b SGB V)). Darüber hinaus ist folgendes festzustellen:

Die Änderungsvorschriften führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Bonität der Krankenkassen und werden voraussichtlich Preis-, Vergütungs- und Ausgabensteigerungen nach sich ziehen. Der Gläubigerschutz wird auf das im privatrechtlichen Sektor übliche Niveau abgesenkt, da kein Rückgriff auf die Haftungsebenen der Verbände mehr möglich ist. Die Befriedigung der erworbenen Ansprüche der Gläubiger ist nicht mehr gesichert. Das betrifft insbesondere die Leistungserbringer, die im Vertrauen auf die Bonität und sichergestellte nachträgliche Vergütung die von den Krankenkassen zu gewährenden Sachleistungen für diese erbringen.

Die Zumutbarkeit der gesetzlich geregelten Gewährleistungsverpflichtung der Leistungserbringer (vgl. § 70 SGB V) und der Sicherstellungsverpflichtung der vertragsärztlichen und

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



vertragszahnärztlichen Versorgung (vgl. § 72 SGB V) kann dadurch zu Lasten der Versicherten erheblich beeinträchtigt werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 124 Buchstabe b wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 124

§ 155 Abs. 5 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird zunächst in Satz 1 die unbefristete Haftung für Altschulden gemäß § 222 SGB V, die vor dem 1. Januar 2008 entstanden sind, geregelt.

Derartige Haftungsfälle wickelt ab dem 01.01.2008 der Spitzenverband Bund ab. Die Regelung schafft einen bundesweiten und unbefristeten „Haftungsverbund“ der Kassen einer Kassenart und ggf. ihren Rechtsnachfolgern besteht, die zum 1. Januar 2008 bestanden haben. Der Verbund wirkt auch im Falle einer kassenartübergreifenden Vereinigung sowohl auf der Haftungsseite wie auch der Abwicklungsseite (Satz 3 und Satz 4). Die Regelung sichert die Haftung des Verbundes durch Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage und der Rechtsmittel gegen Vollstreckungsmaßnahmen.

In Satz 2 wird darüber hinaus festgelegt, dass dieser Verbund der verbleibenden Kassen einer Kassenart bzw. deren Rechtsnachfolger haften

1. befristet für 10 Jahre und eingeschränkt für den Fall, dass Verschuldung nach Satz 1 zum Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung noch nicht getilgt waren, für sonstige Kosten der Schließung oder Auflösung,
2. unbefristet für Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus Versicherung sowie
3. unbefristet für Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts

B. Stellungnahme

Die komplexen Konsequenzen der Neufassung des § 155 Abs. 5 sind wie folgt zu kommentieren:

I.

Es besteht in mehrfacher Hinsicht Unklarheit, wofür und in welcher Frist die verbleibenden Kassen einer Kassenart im Falle der Auflösung oder Schließung einer einer zur Kassenart gehörenden Kasse haften. Der Wortlaut lässt keine eindeutige Auslegung zu. Mit der „entsprechenden“ Geltung des Satz 1 kann sowohl gemeint sein, dass der Gesetzgeber die Haftung für Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus der Versicherung genauso wie die nach § 222 bestehende Verschuldung bis zum 1. Januar 2008 befristen wollte, als auch dass die Haftung für Ansprüche, die nach dem 1.1.2008 entstehen, weiter besteht. Gleiches gilt für die sonstigen Kosten gem. Nr. 1 und die Forderungen gemäß Nr. 3 der Aufzählung in Satz 2.

Für die Befristung spricht die systematische Auslegung, denn § 155 Abs. 5 ist als eine Übergangslösung konzipiert. Die grundsätzliche Regelung findet sich in § 155 Abs. 4, die für die bestehenden Forderungen den 5. Teils der Insolvenzordnung für anwendbar erklärt. Systematisch bildet hierzu § 155 Abs. 5 die Ausnahmeregelung für bestehende Altla



sten. Dies entspricht auch der bisherigen Gesetzesbegründung. Im Übrigen stünde die Haftung für Ansprüche Leistungserbringern und Versicherten gegen die Regelung in § 171a SGB V zu den kassenartenübergreifenden Fusionen. Es käme bei einer kassenartenübergreifenden Fusion zu einer unbegrenzten Haftung für zukünftige Forderungen des ursprünglichen Haftungsverbands. Warum der ursprüngliche Haftungsverband für diese neuen Forderungen haften soll, erscheint rein willkürlich und ist nicht begründbar. Ein Einfluss, wie dies im ursprünglichen Haftungsverband über die Spitzenverbände möglich war, ist den einzelnen Kassen genommen. Sie gehen damit Haftungsrisiken ein, die sie weder beeinflussen noch abschätzen können.

Der Wortlaut der Begründung lässt aber auf die Intention eine unbefristeten Haftung, d.h. eine Haftung für die zum Stichtag der Schließung vorliegenden Verpflichtungen gegenüber Leistungserbringern und Versicherten sowie den Forderungen auf Grund zwischen und überstättlichen Rechts schließen, welche aus o.g. Gründen abzulehnen ist (siehe auch Abschnitt IV).

II.

Der dem Wortlaut des § 222 SGB V zu Grunde liegende Darlehensbegriff ist in keiner Weise kompatibel mit den im Falle einer Schließung bzw. Auflösung vorliegenden Verpflichtungen. Nur ein, wenn auch gravierendes Beispiel, sind die Rechnungslegungsvorschriften der GKV im Zusammenhang mit der Bilanzierung von Versorgungsaufwendungen. Entsprechend sind alle Ausführungen zu dem Zusammenhang einer Entschuldung gemäß § 222 und § 265 a (geplante Neufassung) und der abgeleiteten Rechtfertigung der Neufassung der Haftungsregelung gemäß § 155 Abs. 5 in keiner Weise sachgerecht.

III.

“Sonstige Kosten der Auflösung oder Schließung“ sind nicht definiert bzw. abgegrenzt. So besteht Rechtsunsicherheit, ob z.B. die erst im Falle einer Schließung als Verbindlichkeit zu bilanzierenden Aspekte, die gemäß geltender Rechnungslegungsvorschriften für die GKV zur Zeit nicht zu bilanzieren sind, zu den sonstigen Kosten der Schließung gezählt werden sollen.

Des weiteren ist unklar, wer diese Kosten - im Falle einer Tilgung der am 01.01.08 bestehenden Schulden gemäß § 222 SGB V zum Stichtag der Schließung - zu tragen hat. Analog der o.g. Ausführungen zu II. besteht inhaltlich keinerlei Zusammenhang zwischen den Schulden gemäß § 222 und den hier adressierten sonstigen Kosten einer Schließung.

IV.

Die Regelung bewirkt einen bundesweiten Haftungsverbund der Kassen einer Kassenart und ihrer ggf. auch kassenartenübergreifenden Rechtsnachfolger. Entsprechend der Neufassung der Sätze 1 und 2 kann davon ausgegangen werden, dass dieser Haftungsverbund unbefristet weiter bestehen soll.

Dies ist im Zusammenhang mit dem Wegfall des Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts für die Bundesverbände der Krankenkassen sowie dem Wegfall der Möglichkeit von internen Finanztransfers auf der Basis von § 265 a SGB V spätestens ab dem 01.01.2009 zu bewerten. Hierdurch wird der hoheitlichen Durchführung der in den vergan



genen Jahren erforderlichen Verwaltungsverfahren (Datenerhebung, Bescheiderteilung und Vollstreckung) zum Haftungsfonds nach § 155 Abs. 5 SGB V und insbesondere zu finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V die Rechtsgrundlage entzogen.

Im Ergebnis sollen die Kassen einerseits innerhalb der alten Kassenarten unbefristet weiter untereinander haften. Andererseits wird ihnen aber jegliches Instrumentarium genommen, den Eintritt eines Haftungsfalles (Schließung oder Auflösung) bzw. die Höhe der auflaufenden Haftungssummen zu beeinflussen.

Zusammenfassung:

Auf Grund der Vielzahl der logischen Brüche und Ungereimtheiten ist die Neuregelung des § 155 Abs. 5 insgesamt abzulehnen.

C. Änderungsvorschlag

In Verbindung mit den Anmerkungen zu § 171 b SGB V:

1. § 171 b SGB V muss aufgrund seiner gravierenden Auswirkungen auf die Versorgungs- und Organisationsstruktur der GKV gestrichen werden. Die Einführung des Insolvenzrechts stößt auf erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, da sich der Staat seiner Gewährleistungsverantwortung entzieht. Er wird deshalb von den Spitzenverbänden abgelehnt.
2. Der Haftungsausgleich innerhalb der GKV soll nach Auffassung der Spitzenverbände statt dessen ausschließlich über § 155 SGB V als GKV-spezifisches Schließungsrecht geregelt werden. Dieser muss sämtliche Verbindlichkeiten erfassen.
3. Für den Fall, dass der Gesetzgeber dennoch daran festhält, Krankenkassen dem Insolvenzverfahren zu unterstellen, weisen die Spitzenverbände vorsorglich darauf hin, dass dafür eine sachgerechte Vorbereitungszeit und angemessene zeitliche Übergangsfristen erforderlich wären.
4. Bis zur Einführung eines neuen Haftungssystems müssten dann die Bundesverbände den bisherigen Haftungsausgleich in ihrer Eigenschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechts i. S. eines Risikomanagements wahrnehmen.



Artikel 1 Nr. 125 Buchstabe a) § 164 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Änderung der Haftungsregelungen bei Schließung einer Innungskrankenkasse entsprechend der Änderungen bei Schließung einer Betriebskrankenkasse durch Artikel 1 Nr. 124 Buchstabe a - c (§ 155 SGB V):

Ab 01.01.2008 geht verbleibendes Vermögen einer abgewickelten Innungskrankenkasse im Falle des Fehlens eines zuständigen Landesverbandes (= letzte Kasse eines Landesverbandes, die damit zugleich Landesverbandsfunktion innehat [vgl. § 207 Abs. 4 SGB V]) - statt wie bisher auf den Bundesverband - nunmehr auf den Spitzenverband Bund über, der dieses auf die übrigen IKK verteilt.

Ab 01.01.2008 soll die Haftungsverpflichtung der Landesverbände für verbleibende Schulden der abgewickelten, nicht im Sinne des § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V geöffneten Innungskrankenkassen entfallen. Das für die Befriedigung der Gläubiger nicht ausreichende Vermögen der abzuwickelnden Innungskrankenkasse und ihrer Handwerksinnungen soll anteilig auf die Gläubiger verteilt werden. Im Übrigen soll die Insolvenzordnung für die verbleibenden Verpflichtungen (§ 164 Abs. 1 Satz 4 SGB V) gelten.

Ab 01.01.2008 soll die Haftungsverpflichtung der Landesverbände für verbleibende Schulden der abgewickelten, im Sinne des § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V geöffneten Innungskrankenkasse entfallen. Das für die Befriedigung der Gläubiger nicht ausreichende Vermögen der abzuwickelnden Innungskrankenkasse soll nach den Regelungen der Insolvenzordnung verteilt (§ 164 Abs. 1 Satz 6 SGB V) werden.

Ab 01.01.2008 soll die Haftungsverpflichtung des Bundesverbandes für verbleibende Schulden einer abgewickelten Innungskrankenkasse, die nicht Mitglied eines Landesverbandes ist, entfallen.

Ab 01.01.2008 soll für vor dem 01.01.2008 entstandene Schulden der Innungskrankenkassen ein unbefristeter bundesweiter Haftungsverbund der Innungskrankenkassen und ihrer Rechtsnachfolger entstehen. Für die sonstigen Kosten der Schließung oder Auflösung einer am 01.01.2008 verschuldeten Innungskrankenkasse haftet die Gemeinschaft der Innungskrankenkassen für die Dauer von 10 Jahren ab dem 01.01.2008. Die Haftungsfälle soll ab dem 01.01.2008 der Spitzenverband Bund abwickeln. Der Haftungsverbund soll auch im Falle einer kassenartenübergreifenden Vereinigung sowohl auf der Haftungs-, als auch auf der Abwicklungsseite greifen (§ 164 Abs. 1 Satz 1 in Verb. mit § 155 Abs. 5 Satz 3 und 4 SGB V). Die Regelung soll die Haftung des Verbundes durch Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage und der Rechtsmittel gegen Vollstreckungsmaßnahmen sichern.



B. Stellungnahme

Der Wegfall der Haftungsverbände im Verbund mit der umfassenden Einführung des Insolvenzrechts stellt für die gesetzliche Krankenversicherung einen Paradigmenwechsel dar, der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 131, § 171b SGB V). Im Übrigen wird auf die Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 124 (§ 155 SGB V) verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 125 Buchstabe a wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 125 Buchstabe b)
§ 164 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen, Dienstordnungsangestellte)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gegenwärtig haften die Landesverbände der Innungskrankenkassen und der IKK-Bundesverband bei Auflösung oder Schließung einer Innungskrankenkasse auch für die Verpflichtungen, die sich aus den nach § 164 Abs. 2 bis 4 SGB V bestehenden Beschäftigungs-, Vergütungs- und Versorgungsansprüchen der DO-Angestellten der aufgelösten oder geschlossenen Innungskrankenkasse ergeben (§ 164 Abs. 5 SGB V).

Die Änderungsvorschrift soll klarstellen, dass für diese finanziellen Lasten künftig die verbleibenden Innungskrankenkassen haften.

B. Stellungnahme

Der Wegfall der Haftungsverbände im Verbund mit der umfassenden Einführung des Insolvenzrechts stellt für die gesetzliche Krankenversicherung einen Paradigmenwechsel dar, der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 131 (§ 171b SGB V)).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 125 Buchstabe b) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 126

§ 165 SGB V (See-Krankenkasse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass das Erstreckungsgebiet der See-Krankenkasse das gesamte Bundesgebiet umfasst (Buchstabe a).

Des weiteren wird bestimmt, dass die See-Krankenkasse Aufwendungen zu erstatten hat, die der See-Berufsgenossenschaft durch eine mögliche Übernahme von Verwaltungsaufgaben für die See-Krankenkasse entstehen (Buchstabe b).

Die See-Krankenkasse kann ab 01.01.2009 - im Rahmen der Öffnung und Gleichstellung mit den übrigen Krankenkassen - wegen mangelnder Leistungsfähigkeit von der Aufsichtsbehörde geschlossen werden (Buchstabe c). Zugleich entfällt mit dem bisherigen Abs. 3, die Rechtsgrundlage für die auftragsweise Leistungserbringung durch die AOK.

B. Stellungnahme

Aufgrund der Besonderheiten der Krankenversicherung der Seeleute (vgl. Stellungnahme zu § 176 SGB V) können die Versicherten der See-Krankenkasse die ihnen zustehenden Leistungen von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts erhalten, soweit sie nicht durch die See-Krankenkasse selbst gewährt werden. Hat die See-Krankenkasse eigene Verträge geschlossen, sind diese maßgebend; im übrigen gelten die Verträge der beauftragten Krankenkasse.

Im Interesse des bisher bewährten Verfahrens und zur Rechtssicherheit bestehender Verträge muss die Regelung erhalten bleiben. Wettbewerbsvorteile entstehen dadurch weder für die See-Krankenkasse noch für die beauftragte Kasse, da die Regelung nur die Bereiche der Krankenversicherung abdeckt, die ohnehin nicht von der See-Krankenkasse selbst geregelt werden. Im übrigen hat die See-Krankenkasse der beauftragten Kasse die Kosten einschließlich einer Pauschale für Verwaltungskosten zu erstatten.

C. Änderungsvorschlag

Den Änderungen des Artikels 1 Nr. 126 Buchstabe a) bis c) werden zugestimmt; der bisherige Abs. 3 ist als Abs. 4 (neu) beizubehalten.



Artikel 1 Nr. 127

§ 167 SGB V (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wegfall der Bezeichnung "knappschaftliche Krankenversicherung" und der Vorgabe, dass die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Krankenversicherung unter dem Namen "Knappschaft" durchführt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur geplanten Öffnung der Knappschaft für den allgemeinen Mitgliederwettbewerb. Da die Öffnung der Knappschaft von den Spitzenverbänden abgelehnt wird (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 133 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb), wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 167 wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 128
§ 168a SGB V (Vereinigung von Ersatzkassen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Ersatzkassenverbände verlieren ihr bisheriges Antragsrecht zur Vereinigung von Ersatzkassen. Künftig obliegt dieses Antragsrecht allein den Ersatzkassen.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a)), wird auch diese Folgeregelung abgelehnt.

D. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 128 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 129 **§ 171 SGB V (Schließung von Ersatzkassen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 171 regelt die Abwicklung der Geschäfte und die Haftung für Verpflichtungen bei Schließung einer Ersatzkasse. Dabei sind weiterhin Vorschriften, die für Betriebskrankenkassen gelten (vgl. § 155 SGB V), entsprechend anzuwenden. Die nun vorgenommenen Änderungen sind Folge der Änderungen in § 155 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen bei Schließung von Betriebskrankenkassen).

- a) Verbleibt nach Schließung einer Ersatzkasse Vermögen, soll dieses künftig auf den Spitzenverband Bund übergehen, der es auf die übrigen Ersatzkassen zu verteilen hat. Für den Fall, dass nach Schließung einer Ersatzkasse das verbleibende Vermögen nicht ausreicht, die Gläubiger zu befriedigen, soll - da die bisherige Verbandshaftung für die Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse entfällt - unmittelbar das Insolvenzrecht gelten.
- b) Eine Ausnahmeregelung soll für Verpflichtungen einer geschlossenen Ersatzkasse gelten, die vor dem 01.01.2008 entstanden sind sowie für die sonstigen Kosten der Schließung, wenn die Schließung innerhalb von 10 Jahren nach dem 01.01.2008 erfolgt und die Altschulden zu diesem Zeitpunkt noch nicht getilgt sind (analoge Anwendung des § 155 Abs. 5 SGB V-E).

Hat sich eine Ersatzkasse nach dem 01.01.2008 nach § 171a mit einer Krankenkasse vereinigt und gehört die vereinigte Krankenkasse einer anderen Kassenart an, so soll die Haftungsverpflichtung auf die vereinigte Krankenkasse übergehen. Analog soll gelten, dass die Haftung der Ersatzkassengemeinschaft nicht dadurch berührt wird, dass eine fusionierte Krankenkasse geschlossen wird, die vormals eine Ersatzkasse war und noch über Altschulden verfügt. Zuständig für die Abwicklung ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

B. Stellungnahme

Es bleibt unklar, ob im Haftungsfall bei Schließung einer Ersatzkasse alle Ersatzkassen gemeinsam oder - wie es sachgerecht wäre - bei Schließung einer Arbeiter-Ersatzkasse der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. und bei Schließung einer Angestellten-Krankenkasse der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) haftet. Dasselbe gilt für den Fall, dass nach Schließung einer Ersatzkasse durch den Spitzenverband Bund Vermögen aufzuteilen ist.

Da die Spitzenverbände die Regelungen aus grundsätzlichen Erwägungen ablehnen, wird auch diese Änderungsvorschrift abgelehnt (siehe hierzu Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 155 SGB V) und Nr. 131 (§ 171b SGB V)).

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 129 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 130

§ 171a SGB V (Kassenartenübergreifende Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift ermöglicht kassenartenübergreifende freiwillige Vereinigungen von Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen und See-Krankenkasse. Eine Fusion ist von den vor Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen. Dem Genehmigungsantrag haben die beteiligten Krankenkassen eine Erklärung beizufügen, welchem der bislang zuständigen Verbände die vereinigte Krankenkasse angehören soll. Wird der Verband des kleineren bzw. kleinsten Fusionspartners gewählt, kann dieser die Mitgliedschaft der vereinigten Krankenkasse ablehnen.

Die vereinigte Krankenkasse übernimmt für drei Jahre die Zahlungsverpflichtungen ihrer Vorgängerkassen, die sich aufgrund der Haftung nach Schließung einer Krankenkassen oder aus der Gewährung finanzieller Hilfen nach § 265a gegenüber vormaligen Verbänden ergeben. Handelt es sich bei der neuen Krankenkasse um eine Betriebskrankenkasse oder eine Ersatzkasse, übernimmt diese auch bestehende Fürsorge- und Versorgungspflichten gegenüber den aktiven und im Ruhestand befindlichen DO-Angestellten der Vorgängerkassen.

B. Stellungnahme

Mit der Zulassung kassenartenübergreifender Fusionen soll der bereits fortschreitende Konzentrationsprozess in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter intensiviert werden. Verbunden wird damit die Hoffnung, durch größere Einheiten zugleich eine größere Effizienz der Kassenorganisation zu erreichen. Allerdings zeigt die Empirie, dass größere Versicherungsträger keinesfalls automatisch niedrigere Verwaltungskosten pro Kopf haben als kleinere Krankenkassen.

Zweifel bestehen, ob der Zeitraum von drei Jahren für die Übernahme der Haftungsverpflichtungen durch die vereinigte Krankenkasse ausreicht, um auszuschließen, dass sich Krankenkassen ggf. bestehenden Verpflichtungen im Wege der kassenartenübergreifenden Fusion zu Lasten ehemaliger Verbände bzw. ihrer Mitglieder entziehen. Zudem bestehen erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich des Umfangs dieser Nachhaftung im Verhältnis zu den Haftungsregelungen der §§ 155, 164 SGB V.

Darüber hinaus bestehen Zweifel, dass flankierende Vorschriften zur Vermeidung von Monopolen sowie der Entstehung oder Stärkung marktbeherrschender Stellungen - wie in der Gesetzesbegründung dargelegt - tatsächlich verzichtbar sind. Die Rechtsbeziehungen zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Bundesgerichtshofs öffentlich-rechtlicher Natur. Auf öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehungen ist das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) nach herrschender Meinung aber nicht anwendbar. Dies hat der Gesetz



geber zuletzt mit der Änderung des § 69 SGB V bestätigt. Die Norm spielt bei der Fusion zwar keine Rolle, weil sie die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und deren Verbänden zu den Leistungserbringern betrifft. Sie bestätigt aber die Ansicht des Gesetzgebers, dass das GWB auf öffentlich-rechtliche Rechtsverhältnisse nicht anwendbar ist. Nach der grundsätzlichen Frage, ob das GWB auf die Rechtsbeziehungen zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung anwendbar ist, würden sich zahlreiche Fragen bei der Anwendung des GWB auf Kassenfusionen stellen. Eine davon ist, wie das Bundeskartellamt bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung feststellen will, ob die am Zusammenschluss beteiligten Krankenkassen die Umsatzschwellen des § 35 GWB erreichen. Noch völlig ungeklärt ist im Übrigen die künftige Rolle der Kartellbehörden in Konkurrenz zur sozialrechtlichen staatlichen Aufsicht ("Wettbewerb der Aufsichtsbehörden").

Unverständlich ist des Weiteren, warum nur der Verband der kleineren Krankenkasse ein Ablehnungsrecht haben soll. Dem Verband der größeren Krankenkasse, welcher ebenso durch die Fusion in seinen finanziellen Grundlagen bedroht sein kann, sollte zumindest ein Zustimmungsrecht gewährt werden.

Kassenartenübergreifende Fusionen sind erst dann realistisch umsetzbar, wenn die vorgreiflich sozialrechtlichen Probleme (z.B. Haftung, Verhältnis der staatlichen Aufsicht zu den Kartellbehörden) vorher sachgerecht gelöst sind.

C. Änderungsvorschlag



Artikel 1 Nr. 131

§ 171b SGB V (Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der neuen Vorschrift des § 171b SGB V soll die Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen hergestellt werden, also auch die der landesunmittelbaren Krankenkassen, die bisher durch landesrechtliche Regelungen gemäß § 12 Absatz 1 Nr. 2 Insolvenzordnung nicht insolvenzfähig sind (insbesondere alle AOKs).

Die Regelung steht in engem Zusammenhang mit den Neuregelungen in §§ 155 Absatz 4 Satz 3, 164 Absatz 1 Satz 4 SGB V, in denen bei Schließung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse statt der bisherigen Erfüllung aller Verpflichtungen durch ihre Verbände nur noch die anteilmäßige Befriedigung der Gläubiger und die entsprechende Anwendung der Regelungen der Insolvenzordnung vorgesehen sind. Nach § 146a Satz 3 SGB V gilt dies auch für Ortskrankenkassen. Für die Ersatzkassen korrespondiert diese Vorschrift mit dem geänderten § 171 Satz 2 SGB V, wonach für den Fall dass das Vermögen einer geschlossenen Ersatzkasse zur Befriedigung der Gläubiger nicht ausreicht, die Insolvenzordnung entsprechend gelten soll.

B. Stellungnahme

Die umfassende Einführung des Insolvenzrechts stellt zusammen mit dem Wegfall der Haftungsverbände einen Paradigmenwechsel für die gesetzliche Krankenversicherung dar.

Die Regelungen des Insolvenzrechts sind nicht nur nicht vereinbar mit tragenden Grundsätzen des SGB V (Sachleistungsprinzip), die dadurch erstrebte Haftungsbefreiung ist für die gesetzliche Krankenversicherung verfassungswidrig, da sich dadurch der Bund seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungsverantwortung zu entziehen sucht: Einerseits begrenzt der Bund über den Gesundheitsfonds und die Vorgaben für die Zusatzbeiträge die Einnahmemöglichkeiten der Krankenkassen, andererseits steuert er wesentlich über den Spitzenverband Bund deren Ausgaben. Das Risiko der Krankenkassen, dass das vorgegebene Finanzvolumen zur Aufgabenerfüllung wegen einer ungünstigen Versichererstruktur nicht ausreicht, wird über das Insolvenzverfahren letztlich den Gläubigern der Krankenkasse, also den Versicherten, Arbeitnehmern, Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, aufgebürdet.

Die Insolvenz großer Krankenkassen wird auf Seiten der Leistungserbringer zu Anschlussinsolvenzen führen, was in der Konsequenz erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen haben wird, insbesondere im stationären Bereich. Für Versicherte besteht ferner im Insolvenzfall die Gefahr, dass Geldleistungen, wie z.B. das Krankengeld oder Festzuschüsse zur Zahnersatzversorgung nicht mehr gezahlt werden können. Die Sicherung der Versorgungslast für die DO-Angestellten ist im Insolvenzfall in Frage ge



stellt. Zudem führt das erhöhte Sicherheitsbedürfnis von Leistungserbringern zu Mehrkosten. Gleiches gilt für Finanzierungsgeschäfte der gesetzlichen Krankenkassen sowie für die Wahrnehmung der in der Insolvenzordnung vorgeschriebenen Wirtschaftsprüfungs- und Dokumentationspflichten.

Die Einführung des Insolvenzrechts wird auf der Leistungserbringerseite dazu führen, dass Behandlungen nur noch gegen Vorkasse oder gegen Abschluss von (privaten) Behandlungsverträgen mit den Versicherten gewährt werden, um sich gegen das Risiko der Insolvenz der Krankenkasse abzusichern.

Die für die Einführung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen gegebene Begründung ist überdies nicht überzeugend. Bislang sind auch für bundesunmittelbare Krankenkassen, die schon jetzt insolvenzfähig sind, die sozialrechtlichen Schließungsvorschriften anwendbar, so dass die Durchführung eines Insolvenzverfahrens nicht in Betracht kommt. Eine wettbewerbliche Ungleichbehandlung ist somit nicht gegeben. Die in der Begründung zu § 171 b SGB V genannten Belastungen der heute schon insolvenzfähigen Kassen rechtfertigen in keiner Weise den Wegfall der Haftung der Verbände und die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Kassen im Schließungsfall.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 131 wird gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Nr. 132

Neue Überschrift wird eingefügt.



Artikel 1 Nr. 133

§ 173 Abs. 2, 2a und 7 SGB V (Allgemeine Wahlrechte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) aa) Die bislang nicht geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen sich bis 1.1.2009 für eine Öffnung entscheiden, anderenfalls entfällt für diese Krankenkassen die Option zur Öffnung.
- bb) Öffnung der Knappschaft und See-Krankenkasse (Inkrafttreten zum 01.04.2007).
- b) Für Angestellte und ihre Angehörigen in den alten Bundesländern, die nach dem 31.03.2007 Versicherte der Knappschaft werden, entfällt der Mehrleistungsanspruch nach der "Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung."
- c) Folgeänderung, die sich aus der Ermöglichung kassenartenübergreifender Vereinigungen durch Artikel 1 Nr. 130 ergibt: Gehört danach eine aus einer kassenartenübergreifenden Vereinigung unter Beteiligung einer nicht geöffneten Betriebs- oder Innungskrankenkasse hervorgehende vereinigte Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, so wird für die Feststellung ihres regionalen Erstreckungsgebietes so getan, als sei die traditionelle Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine geöffnete Krankenkasse gewesen.

B. Stellungnahme

- ad a) aa) Gegen die zeitliche Befristung der Öffnungsoption für bis dato nicht geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen bestehen keine Bedenken.
- bb) Die Öffnung der See-Krankenkasse für alle Versicherten wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings wird ein Inkrafttreten dieser Änderungsvorschrift bereits zum 01.04.2007 abgelehnt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 46).

Die Öffnung der Knappschaft wird hingegen abgelehnt, da die Knappschaft auch über den 1.1.2009 über wesentliche wettbewerbsrelevante Sonderrechte verfügen soll, z.B. über den unveränderten § 140 SGB V ihre zahlreichen Eigeneinrichtungen weiter betreiben kann.
- ad b) Unabhängig von einer künftigen Öffnung der Knappschaft wird die Änderungsvorschrift zu b) für sachgerecht erachtet, da die heutige Sonderregelung eine deutliche Wettbewerbsverzerrung gegenüber den übrigen Krankenkassen beinhaltet.



ad c) Soweit kassenartenübergreifende Fusionen - trotz der zu Artikel 1 Nr. 130 (§ 171a SGB V) dargelegten Bedenken der Spitzenverbände der Krankenkassen - künftig gesetzlich ermöglicht werden, bestehen gegen diese Änderungsvorschrift keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

ad a) In Artikel 1 Nr. 133 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) sind die Worte "die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und" zu streichen.

ad b) keiner

ad c) keiner



Artikel 1 Nr. 134 Buchstabe b)
§ 174 Abs. 4 SGB V (Krankenkassenwahlrecht und –zuständigkeit für Versicherungs-pflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V [bislang Nichtversicherte]))

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift soll die Krankenkassenzuständigkeit für bislang nichtversicherte Personen regeln.

Zunächst ist die Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolger zuständig, bei der der Betroffene zuletzt versichert war. Ist eine solche nicht vorhanden, können die betroffenen Personen eine Krankenkasse nach den gleichen Regeln wählen wie alle anderen Versicherungspflichtigen und -berechtigten. Sind die Betroffenen erst einmal wieder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse haben sie die gleichen Wahlrechte wie alle Versicherungspflichtigen und –berechtigten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für Nichtversicherte.

Zur grundsätzlichen Bewertung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

Wenn der Gesetzgeber dagegen an der Versicherungspflicht festhält, ist im Hinblick auf eine gleichmäßige Beteiligung aller Krankenkassenarten bei der Durchführung der Versicherungspflicht für diesen Personenkreis die Vorschrift dahingehend zu erweitern, dass auch die Knappschaft und die See-Krankenkasse – auch vor dem 1.1.2009 - gewählt werden können.

Bislang Nichtversicherten sollte ergänzend das allgemeine Wahlrecht eingeräumt werden, wenn deren letzte Versicherung zeitlich mehr als 18 Monate zurück liegt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 134 Buchstabe b) wird gestrichen.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Versicherungspflicht festhält, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

„§ 174 Abs. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:



Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder der Rechtsnachfolgerin der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren; sie können die Mitgliedschaft bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse wählen, wenn die letzte Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse mehr als 18 Monate zurückliegt. Bestand bisher keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse, werden die Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der von Ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse. Abweichend von Satz 1 und 2 können die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen die Mitgliedschaft bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See oder bei der Seekrankenkasse wählen. § 173 gilt. „



**Artikel 1 Nr. 135 Buchst. a)
§ 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Festlegung der Regeln über die Zuständigkeit bei den
Krankenkassenwahlrechten)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für Fälle, bei denen der Versicherungspflichtige seine Mitgliedschaft in einer Krankenkasse nicht durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist und die zur Meldung seiner Mitgliedschaft verpflichtete Stelle (z.B. der Arbeitgeber) den Versicherten nicht in einer Krankenkasse anmeldet, mussten bisher die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Regeln aufstellen, nach denen zu entscheiden ist, welche Krankenkasse zuständig wird. Diese Aufgabe wird auf den Spitzenverband Bund übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a)). Folglich wird auch die Übertragung dieser Aufgaben auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe a) wird gestrichen.



**Artikel 1 135 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa)
§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V (Nachweis eines anderweitigen Krankenversicherungs-
schutzes bei Kündigung der Mitgliedschaft)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht wird die Kündigung eines Mitglieds bei seiner Krankenkasse erst dann wirksam, wenn es innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Die vorgesehene Änderung soll bewirken, dass anstelle einer Mitgliedsbescheinigung einer anderen Krankenkasse auch der Nachweis über das Bestehen einer anderen Absicherung im Krankheitsfall ausreicht.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung aus der Einführung der Versicherungspflicht der Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Zur grundsätzlichen Bewertung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Mit der Änderung soll erreicht werden, dass beim Verlassen der GKV ein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Deshalb soll künftig beim Übertritt in die PKV ein entsprechender Nachweis des Versicherungsunternehmens vorgelegt werden.

Auch Personen, die die GKV verlassen und ganz auf die freie Heilfürsorge setzen, sollen eine Bescheinigung des Dienstherrn beibringen müssen. Letztlich gilt dies für alle Formen der vergleichbaren Absicherung.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) und cc)
§ 175 Abs. 4 Sätze 5 und 6 SGB V (Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrags oder bei Wegfall/Absenkung der Prämienzahlung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages oder bei Absenkung der Prämienzahlung wird dem Mitglied ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt.

Die Krankenkasse hat den Versicherten auf dieses Sonderkündigungsrecht hinzuweisen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V. Diese Regelung wird abgelehnt.

Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 161 § 242 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) und cc) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe b) Doppelbuchstabe dd),
§ 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V (Keine Bindungswirkung von 18 Monaten, wenn nach der Kündigung keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll, Nachweis eines anderweitigen Versicherungsschutzes)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die 18-monatige Bindungsdauer nicht gilt, wenn ein Wechsel zur PKV erfolgt. Beim Verlassen der GKV ist der Nachweis über einen anderweitigen Versicherungsschutz vorzulegen.

B. Stellungnahme

Bereits bislang brauchte ein Mitglied die 18-monatige Bindungsdauer nicht zu erfüllen, wenn ein Wechsel zur PKV erfolgen sollte; hier handelt es sich um eine sprachliche Klarstellung.

§ 175 Abs. 4 Satz 4 soll nach dem vorliegenden Gesetzentwurf dahingehend geändert werden, dass bei einer Kündigung der Mitgliedschaft im Zusammenhang mit dem Verlassen der GKV nun der anderweitige Versicherungsschutz nachzuweisen ist. Deshalb wird auch Satz 7 (vormals Satz 6) entsprechend angepasst, wonach nun auch Versicherungsberechtigte beim Verlassen der GKV einen Versicherungsnachweis vorzulegen haben.

Die Regelung ist letztlich als Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte anzusehen. Auf die Stellungnahme zu § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe c)
§ 175 Abs. 6 SGB V (Festlegung von Verfahren und Vordrucken im Zusammenhang
mit dem Krankenkassenwahlrecht)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen für die Meldungen und die Mitgliedsbescheinigungen ein einheitliches Verfahren und Vordrucke. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V.) Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungen von Verfahren und Vordrucken im Zusammenhang mit dem Krankenkassenwahlrecht von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe c) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 136

Aufhebung des Zweiten Titels im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 176, 177 SGB V - Zuständigkeit der See-Krankenkasse und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang handelt es sich bei der See-Krankenkasse und bei der Knappschaft nicht um Wahlklassen, sondern um Zuweisungskassen, denen der wesentliche Teil ihrer Versicherten über § 176 SGB V bzw. §177 SGB V zugewiesen wird. Mit ihrer Öffnung für den allgemeinen Mitgliederwettbewerb (vgl. Artikel 1 Nr. 133 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) sollen nunmehr diese speziellen Zuweisungsbestimmungen ersatzlos entfallen.

B. Stellungnahme

Stellungnahme zur Aufhebung § 176 SGB V (See-Krankenkasse):

Mit dem Gesetzentwurf werden die Rahmenbedingungen für die See-Krankenkasse völlig verändert.

Die See-Sozialversicherung verbindet die verschiedensten Dienstleistungen für die Seefahrt unter einem Dach und aus einer Hand. Die See-Krankenkasse bildet zusammen mit der See-Berufsgenossenschaft und der Seemannskasse ein besonderes Verbundsystem für die soziale Sicherung der Seeleute. Die Schiffssicherheitsabteilung ist gleichzeitig technischer Aufsichtsdienst der See-Berufsgenossenschaft und staatliche Schiffssicherheitsbehörde im Auftrag des Bundes für Schiffe unter deutscher Flagge. Im Rahmen der Hafenstaatkontrolle überwacht sie auch Schiffe unter fremden Flaggen. Zu unseren Aufgaben gehört außerdem die Prüfung der Seediensttauglichkeit. Die See-Krankenkasse ist zudem für die maritime Wirtschaft zentrale Beitragseinzugsstelle aller Versicherungszweige einschließlich der Unfallversicherung und der Seemannskasse. Es liegt im Interesse der deutschen Seeschifffahrt, dieses effiziente System nicht mit nachteiligen Effekten zu verändern.

Die Seeschifffahrt weist darüber hinaus für die soziale Sicherung der Seeleute einschließlich der Krankenversicherung besondere Ausprägungen und Rahmenbedingungen auf. Deutsche Reeder setzen ihre Seeschiffe weltweit unter deutscher Flagge und ausländischen Flaggen ein. Internationale Besatzungen sind auch auf Schiffen unter deutscher Flagge die Regel. Aus dieser Internationalität ergeben sich besondere Anforderungen, denen auch das internationale wie das deutsche Arbeits- und Sozialrecht Rechnung tragen. Das vor kurzem verabschiedete Seearbeitsübereinkommen der International Labour Organisation (ILO) verpflichtet die Staaten zu einer umfassenden sozialen Sicherung der Seeleute, die stark dem Gedanken der Solidargemeinschaft folgt. Die gesetzlich verankerte enge Verbindung von Unfall- und Krankenversicherung, wie sie die See-Sozialversicherung einzigartig repräsentiert, entspricht dieser Zielsetzung.



Der Krankenversicherungsschutz für die Seeleute folgt besonderen Strukturen. Dieser Schutz ist zweigeteilt. Im Ausland tritt die im Seemannsgesetz geregelte Fürsorgepflicht des Reeders ein, während Risiken im Inland durch die See-Krankenversicherung gedeckt werden.

Auf diese Besonderheit ist das Leistungspaket der See-Krankenkasse zugeschnitten. Auf dieser Zweiteilung beruht auch die gesetzliche Zuweisung der fahrenden Seeleute zur See-Krankenversicherung (§ 176 SGB V).

Diese bewährten Strukturen können nur dann aufrechterhalten werden, wenn alle Seeleute weiterhin pflichtversichert sind und in den Zuständigkeitsbereich der See-Krankenversicherung fallen (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 2. Halbsatz i.V.m. § 176 SGB V).

Diese Besonderheiten der seemännischen Krankenversicherung bilden dann letztlich gemessen an einem relativ kleinen Kreis betroffener Personen (etwa 10.000 pflichtversicherte Seeleute) keinen wesentlichen Wettbewerbsvorteil gegenüber den übrigen Krankenkassen. Im Interesse der Reeder und der Seeleute empfiehlt sich daher, diese Besonderheit der See-Krankenkasse beizubehalten.

Stellungnahme zur Aufhebung § 177 SGB V (Knappschaft):

Da die Öffnung der Knappschaft unter den Rahmenbedingungen des vorliegenden Gesetzentwurfs abgelehnt wird, plädieren die Spitzenverbände folgerichtig dafür, dass die Knappschaft eine Zuweisungskasse bleibt und entsprechend § 177 SGB V erhalten bleibt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 136 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 137

§ 186 Abs. 11 SGB V (Beginn der Mitgliedschaft von Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Beginn der Mitgliedschaft für bisher unversicherte Personen.

Satz 1 bestimmt den allgemeinen Mitgliedschaftsbeginn.

Satz 2 bestimmt den Mitgliedschaftsbeginn bei Ausländern.

Satz 3 regelt den Beginn der Mitgliedschaft bei Inkrafttreten der Vorschrift.

Satz 4 verpflichtet die Krankenkasse, Erleichterungen bei der Nachzahlung von Beiträgen bei verspäteter Anzeige der Versicherungspflicht zu gewähren.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für Nicht-versicherte. Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 137 wird gestrichen.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Versicherungspflicht festhält, wird darauf hingewiesen, dass die Regelungen des § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V systematisch in das Achte Kapitel, Erster Abschnitt, Zweiter Titel (Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder) nach § 227 SGB V, weil es sich um beitragsrechtliche Bestimmungen handelt. Deshalb ist Satz 4 zu streichen und als Satz 2 in § 227 SGB V aufzunehmen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 154, § 227).



**Artikel 1 Nr. 138 Buchstabe a)
§ 190 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Umwandlung der Pflichtversicherung in eine freiwillige
Versicherung bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Umwandlung der Pflichtversicherung in eine freiwillige Versicherung nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird nicht mehr von der Erfüllung einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht.

B. Stellungnahme

Folgeänderung zum Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nach dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Durch das Erfordernis, die Jahresarbeitsentgeltgrenze dreimal hintereinander überschreiten zu müssen, ist die Regelung entbehrlich.

Die Regelung wird für zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 1 Nr. 138 Buchstabe b) § 190 Abs. 13 SGB V neu (Ende der Mitgliedschaft bei Nichtversicherten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird. Sie endet aber bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes dann nicht, wenn es sich um Sozialhilfeempfänger handelt.

B. Stellungnahme

Folgeänderung zur Einführung einer Versicherungspflicht für bisher Nichtversicherte.

Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 138 Buchstabe b) wird gestrichen.

Selbst wenn an der Versicherungspflicht für bisher Unversicherte festgehalten werden soll und es einer Regelung zum Ende der Mitgliedschaft bedarf, ist in jedem Fall die Regelung zum Fortbestand der Mitgliedschaft bei Wohnsitzverlegung ins Ausland der Sozialhilfebezieher zu streichen. Das Territorialitätsprinzip darf nicht durchbrochen werden. Die Versicherung der Nichtversicherten rechtfertigt es nicht, das Versicherungsrecht nach deutschen Vorschriften auf die Wohnsitznahme im Ausland auszudehnen. In diesem Fall ist in § 190 Abs. 13 Satz 2 zu streichen.



Artikel 1 Nr. 139 **§ 191 SGB V (Ende der freiwilligen Mitgliedschaft)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wegfall der Regelung über die zwangsweise Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft bei Zahlungsverzug.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht. Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, wird die vollständige und ersatzlose Aufhebung der Vorschrift abgelehnt. Sie lässt sich auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips im derzeitigen Versicherungs- und Beitragssystem, das bei Pflichtversicherten grundsätzlich die Beitragszahlung durch einen Dritten vorschreibt (bei Abzug des Versichertenbeitragsanteils von Arbeitsentgelt, Rente, sonstigen Geldleistungen) und den Versicherungsberechtigten die Beitragszahlungspflicht selbst auferlegt, nicht unterbringen, ohne dass Verwerfungen, vor allem mit Blick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz, entstehen. Die Krankenkassen benötigen eine Regelung, die das Nichtzahlen der Beiträge – ungeachtet der Möglichkeiten und Verpflichtungen der Einzugsstelle zur Vollstreckung der Beitragsansprüche – sanktioniert. Die Erhebung von erhöhten Säumniszuschlägen (vgl. Artikel 4 Nr.1a, § 24 Abs. 1a SGB IV) ist hierfür völlig ungeeignet; wer Krankenversicherungsbeiträge nicht zahlt oder nicht zahlen kann, wird auch keine erhöhten Säumniszuschläge zahlen oder zahlen können.

Wenn der Versicherungsausschluss mit einem der Ziele des vorliegenden Gesetzentwurfs künftig nicht mehr in Einklang zu bringen sein sollte, muss für sog. Nichtzahler (betroffen sind nicht nur freiwillige Mitglieder, sondern vor allem auch die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bislang Nichtversicherten) ein Ruhen des Anspruchs auf Leistungen erwogen werden. Ansonsten käme es zu erheblichen Missbrauchsmöglichkeiten. Eine vergleichbare Regelung existiert bereits für die nach näherer Bestimmung des KSVG krankenversicherten Künstler und Publizisten.

Die Regelungen zur Beitragsübernahme durch den Sozialhilfeträger nach § 32 SGB XII reichen nicht aus, vielmehr muss § 26 Abs. 3 SGB II ebenfalls entsprechend erweitert werden (vgl. Stellungnahme zu § 32 SGB XII).

C. Änderungsvorschlag



Artikel 1 Nr. 139 wird gestrichen.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Versicherungspflicht festhält, wir vorgeschlagen: Verzicht auf die ersatzlose Streichung des § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Gleichzeitig muss den bislang Nichtversicherten ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung (keine Versicherungspflicht, so wie derzeit angelegt) eingeräumt werden.

Bei einem Festhalten an der vorgesehenen Änderung muss hilfsweise auch für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherten bei zweimaligem Nichtzahlen der Beiträge ein Ruhen des Anspruchs auf Leistungen analog den Regelungen für krankenversicherte Künstler und Publizisten eintreten (vgl. § 16 Abs. 3a SGB V in Verb. mit § 16 Abs. 2 KSVG).



Artikel 1 Nr. 140

§ 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Satzungsbestimmung zur Erhebung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Anstelle einer Bestimmung über Höhe, Fälligkeit und Zahlung der Beiträge muss eine Satzung künftig entsprechende Bestimmungen über den Zusatzbeitrag enthalten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des einheitlichen Beitragssatzes sowie des kassenindividuellen Zusatzbeitrags, die von den Spitzenverbänden abgelehnt werden.

Die Regelung wird daher ebenfalls abgelehnt. Vgl. ausführliche Begründungen zu Artikel 1 Nr. 159 und 160 (§§ 241, 242 SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 140 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 141

§ 197a SGB V (Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht richten neben den Krankenkassen die Spitzenverbände der Krankenkassen Stellen ein, die sich mit der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen befassen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V).) Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 141 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 142

§ 197b SGB V neu (Aufgabenerledigung durch Dritte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabenerledigung durch Dritte wird künftig an die Bedingungen geknüpft, dass erstens deren Aufgabenwahrnehmung wirtschaftlicher ist, zweitens im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und drittens die Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht an Dritte vergeben werden.

B. Stellungnahme

Schon bisher konnten gesetzliche Krankenkassen Dritte beauftragen, ihnen obliegende Aufgaben durchzuführen, ohne dass es dafür eine Rechtsgrundlage im SGB V gab. Allerdings fallen unter den Begriff des "Dritten" im SGB X nicht die Verbände der Kostenträger. Insofern könnte eine Diskussion darüber entstehen, ob die Verbände "Dritte" im Sinne des § 197b SGB V sind. Von daher sollte eine Klarstellung dahingehend erfolgen, dass auch die Verbände nach § 197b SGB V beauftragt werden können. Gegen die mit der vorgesehenen Regelung geschaffene Rechtsgrundlage bestehen ansonsten keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

In § 197b Satz 1 sind nach den Wörtern „Aufgaben durch“ die Wörter „einen ihrer Verbände oder durch“ einzufügen.



**Artikel 1 Nr. 143
§ 210 Abs. 2 SGB V (Satzungen der Landesverbände)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Satzungen der Landesverbände müssen heute Bestimmungen darüber enthalten, dass die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abzuschließenden Verträge für die Landesverbände und ihre Mitgliedskassen verbindlich sind. Diese Verträge sollen nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nun vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossen werden. Die Bestimmungen in den Satzungen der Landesverbände sollen entsprechend angepasst werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V.) .Folglich wird auch die Folgeänderung, die sich aus der Aufgabenübertragung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund hinsichtlich der Mitwirkung an Vertragsabschlüssen und des Erlasses von Richtlinien ergibt, abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 143 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 144

§ 212 SGB V (Bundesverbände, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Verbände der Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und sollen zum 01.01.2009 in Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR) umgewandelt werden. Es wird klargestellt, dass es den jeweiligen Gesellschaftern nach diesem Zeitpunkt freisteht, über den Fortbestand der Verbände zu entscheiden, und dass ab dem 01.01.2009 die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die GbR Anwendung finden.
- b) Die Rechtsgrundlage für den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) entfällt ersatzlos. (Nach Artikel 16 Nr. 3 (§ 34 KVLG 1989) soll der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen zum 01.01.2009 in die Rechte und Pflichten des aufgelösten BLK eintreten.)
- c) Die Knappschaft verliert ihren Status als Bundesverband.
- d) Es wird klargestellt, dass die Gesellschaften bürgerlichen Rechts Rechtsnachfolger der Bundesverbände sind und ihr Zweck darin besteht, die Verpflichtungen aufgrund dieser Rechtsnachfolge, aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sowie auf Basis zusätzlich vertraglich vereinbarter Aufgaben zu erfüllen. Ab 01.01.2009 gilt für diese Gesellschaften das Betriebsverfassungsgesetz.
- e) Für die Ersatzkassen sollen folgende Neuregelungen gelten:
 - aa) Nach geltendem Recht haben die Ersatzkassen und ihre Verbände für alle auf Landesebene abzuschließenden Verträge einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis zu benennen. Künftig soll diese Verpflichtung nur für die Ersatzkassen selbst gelten.
 - bb) Sofern nicht in anderen Vorschriften anderes bestimmt ist, sollen die Ersatzkassen für "sonstige Maßnahmen und Entscheidungen" einen gemeinsamen Vertreter benennen. Können sie sich nicht auf einen solchen verständigen, soll die Aufsicht den gemeinsamen Vertreter bestimmen. Für den Fall der Auflösung eines Verbandes der Ersatzkassen oder des Austritts eines Mitglieds soll klargestellt werden, dass die Vereinsmitglieder für die Ansprüche der aktiven wie ehemaligen Beschäftigten zeitlich unbeschränkt haften.

B. Stellungnahme

- a) Die Umwandlung der Bundesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts ist eine Folgeänderung aus der Errichtung des



Spitzenverbandes Bund und der Übertragung der Aufgaben der Spitzenverbände auf den Spitzenverband Bund. Die Bildung eines Spitzenverbandes Bund und die Übertragung der Aufgaben der Spitzenverbände auf diesen neuen Spitzenverband wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). In der Folge werden auch die oben dargestellten Änderungen abgelehnt.

Gegen die Rechtsnachfolgeregelungen bestehen im Übrigen verfassungsrechtliche Bedenken. So kommen Prof. Dr. Rupert Scholz und Dr. Reimar Buchner in einer gutachterlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass der Gesetzgeber sowohl nach Artikel 12 Abs. 1 GG und Artikel 3 Abs. 1 GG als auch nach dem Rechtsstaatsprinzip dazu verpflichtet sei, eine verhältnismäßige Folgenregelung zu treffen. Insbesondere wegen der Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund sei nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber nicht diesen als Rechtsnachfolger der bisherigen Bundesverbände bestimme. Dadurch würde seine Organisationshoheit nicht eingeschränkt werden und die Arbeitsverhältnisse der Arbeitnehmer würden besser geschützt.

Durch die geplante "GbR-Lösung" würden die Krankenkassen im Unterschied zu einer klaren Rechtsnachfolgeregelung doppelt belastet. Zum einen müssten sie den Spitzenverband Bund finanzieren. Da dieser nicht Rechtsnachfolger der bisherigen Spitzenverbände werden sollte, seien für seine Errichtung erhebliche finanzielle Aufwendungen erforderlich (Immobilien, Personal, IT-Ausstattung usw.). Zum anderen müssten die Krankenkassen die bisherigen Bundesverbände mit ihren sämtlichen Verpflichtungen (Arbeitsverhältnisse, Pensionsverpflichtungen etc.) in Form der Gesellschaften des bürgerlichen Rechts weiter unterhalten (vgl. Scholz, Rupert; Buchner, Reimar: "Gutachterliche Stellungnahme zu verfassungsrechtlichen Fragen der Reform der Organisation der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Gesundheitsreform 2007").

- b) Die Auflösung des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen wird abgelehnt.
- c) Gleiches gilt für die Rechtsänderung bei der Knappschaft.
- d) Die einzige im Gesetz vorgesehene Aufgabe für die neuen Gesellschaften bürgerlichen Rechts ist die Erfüllung der Verpflichtungen aufgrund der Rechtsnachfolge der Bundesverbände. Damit würde die Folgenverantwortung für die gravierenden Änderungen der geplanten Organisationsreform, deren erkennbares Ziel es ist, dem Bundesgesundheitsministerium einen größeren Einfluss auf die zentralen Steuerungsentscheidungen der GKV einzuräumen, auf die Krankenkassen als Gesellschafter der Gesellschaften bürgerlichen Rechts abgeschoben. Dies betrifft insbesondere die Haftung für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag sowie auf Versorgung. Diese Ansprüche könnten erheblich sein, weil z.B. kein Übergang für die Beschäftigten der Spitzenverbände zum Spitzenverband Bund vorgesehen ist.



- e) Während bei den übrigen Kassenarten die ihren Landesverbänden zugeordneten gesetzlichen Aufgaben unangetastet bleiben, sollen den Verbänden der Ersatzkassen ihre gesetzlichen Aufgaben auf Landesebene entzogen werden. Es gibt keinen fachlichen Grund, die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene anders zu behandeln als die übrigen Krankenkassen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 144 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 145

§ 213 SGB V (Rechtsnachfolge, Vermögensübergang, Arbeitsverhältnisse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das am 30.06.2008 bestehende Vermögen der Bundesverbände wird zum 01.07.2008 in Gesamthandsvermögen der Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt. Für den Übergang der Arbeitsverhältnisse soll § 613a BGB (Betriebsübergang) Anwendung finden. Die Gesellschafter haften für die Ansprüche der aktiven wie ehemaligen Beschäftigten zeitlich unbeschränkt. Die DO-Angestellten werden "unter Wahrung ihrer Rechtsstellung und Fortgeltung der jeweiligen Dienstordnungen" bei den Gesellschaften beschäftigt. Gewählte Personalvertretungen bleiben bestehen und gelten bis zur Neuwahl eines Betriebsrates als Betriebsräte nach dem Betriebsverfassungsgesetz.

Bei der Fusion von Landesverbänden wird die Gesellschaft auf Bundesebene mit dem Rechtsnachfolger als neuem Gesellschafter fortgeführt.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung, Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (vgl. Stellungnahme zu §§ 217a ff), werden auch diese Folgeänderungen abgelehnt.

Vgl. im übrigen die Ausführungen zu Nr. 144

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 145 wird gestrichen.

Vgl. im übrigen die Ausführungen zu Nr. 144



Artikel 1 Nr. 146 § 214 SGB V (Aufgaben)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit der neuen Gesellschaften. Gesetzliche Aufgabe ist die Erfüllung der Aufgaben als Rechtsnachfolgerin des jeweiligen Bundesverbandes. Die Gesellschafter können der Gesellschaft weitere Aufgaben übertragen.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung, Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 ff § 217a ff), werden auch diese Folgeänderungen abgelehnt. Vgl. im übrigen die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 146 wird gestrichen. Vgl. im übrigen die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144.



**Artikel 1 Nr. 147
§ 215 SGB V (Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände)**

B. Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung der geplanten Organisationsreform der Verbände wird geregelt, dass Vorstandsverträge, die nach dem Tag des Kabinettsbeschlusses abgeschlossen oder verlängert werden, maximal bis zum 31.12.2008 laufen.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung, Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V), werden auch diese Folgeänderungen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 147 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 148
§§ 216, 217 SGB V (Satzung und Aufgaben der Bundesverbände)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung der geplanten Organisationsreform der Verbände werden die Vorschriften über die Satzungen und Aufgaben der Bundesverbände zum 01.01.2009 aufgehoben.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung, Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V), werden auch diese Folgeänderungen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 148 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 149 **§ 217a SGB V (Errichtung Spitzenverband der Krankenkassen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zum 01.04.2007 sollen die Krankenkassen einen Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Körperschaft öffentlichen Rechts bilden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines einheitlichen und zentralen Dachverbandes auf Bundesebene für die gesetzliche Krankenversicherung ab. Neben der parallel vorgesehenen Umwandlung des Gemeinsamen Bundesausschusses von einer Einrichtung der Gemeinsamen Selbstverwaltung in eine dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Behörde und der Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung über einen Gesundheitsfonds mit einheitlichem, durch die Bundesregierung festgesetzten Beitragssatz sehen die Spitzenverbände hierin den dritten Baustein zur Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens.

In keiner Weise belegt ist die von der Bundesregierung aufgestellte Behauptung, ein Dachverband auf Bundesebene könne die vielfältigen Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen besser und zielgerichteter erfüllen als diese. Darüber hinaus kommen die Gutachter Prof. Dr. Rupert Scholz und Dr. Reimar Buchner in einer gutachterlichen Stellungnahme zu folgenden verfassungsrechtlichen Bewertungen:

- Die Organisationsreform - Errichtung des Spitzenverbandes Bund und Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts - sei verfassungswidrig. Die mit der Organisationsreform verbundene wettbewerbsbeschränkende Konzentration und Zentralisierung von Aufgaben auf den "Spitzenverband Bund" widerspreche willkürlich der angestrebten Förderung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Die geplanten Regelungen seien deshalb von vornherein evident ungeeignet und damit rechtsstaatswidrig.
- Des Weiteren würde das nach wie vor ausdrücklich gewollte System der gegliederten Krankenversicherung willkürlich durchbrochen werden. Auch in dieser Hinsicht seien die geplanten Regelungen evident ungeeignet und damit rechtsstaatswidrig.
- Auch würden willkürlich Doppelstrukturen geschaffen, die entgegen der Zielsetzung des GKV-WSG zu einem ineffizienten und uneffektiven, die Krankenkassen erheblich belastenden Mitteleinsatz führten. Dies führte erneut dazu, dass die Regelungen rechtsstaatswidrig seien.
- Willkürlich seien die Regelungen deshalb, weil sachliche Gründe für die Organisationsreform nicht zu erkennen seien. Die in der Gesetzesbegründung angeführten Regelungsziele, die zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Verbänden zu straffen



und Handlungsblockaden zu vermeiden, könnten nur dann zur sachlichen Rechtfertigung herangezogen werden, wenn entsprechende Mängel oder Defizite in der gegebenen Verbändestruktur nachweisbar wären. Dies sei jedoch nicht der Fall und werde vom Gesetzgeber auch nicht in substantiiertem Form dargelegt.

Zu den Bewertungen im Einzelnen vgl. Scholz, Rupert; Buchner, Reimar: Gutachterliche Stellungnahme zu verfassungsrechtlichen Fragen der Reform der Organisation der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Gesundheitsreform 2007.

Die historisch gegliederte Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt bislang einen funktionalen Wettbewerb im Vertragsbereich und tragfähige - von den jeweiligen Mitgliedern akzeptierte - Interessenausgleiche überall dort, wo diese bereits heute gesetzlich zu einheitlichen und gemeinsamen Lösungen verpflichtet sind. Die Behauptung, die Arbeit der Verbände sei ineffektiv, ist falsch. In allen den Spitzenverbänden bislang vom Gesetzgeber übertragenen Angelegenheiten wurden im Gremium nach § 213 SGB V termingerecht Entscheidungen getroffen. Probleme und Verzögerungen innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung resultieren in aller Regel aus Interessenkonflikten zwischen Krankenkassen einerseits und den Organisationen der Leistungserbringer andererseits. Die Krankenkassen finden nahezu durchgängig schnell zu gemeinsamen Positionen. Die Ersetzung der bestehenden Spitzenverbände durch einen zentralen Spitzenverband Bund geht daher am tatsächlichen Problem vorbei.

Im Gegensatz zu den heutigen Verbänden wird es dem Spitzenverband Bund wesentlich schwerer fallen, die unterschiedlichen Interessen einer Vielzahl von Krankenkassen auszugleichen und zu allgemein akzeptierten Entscheidungen zu kommen. In der Folge ist eine Zunahme an Ersatzvornahmen durch das Gesundheitsministerium und damit ein zunehmender staatlicher Einfluss zu erwarten. Die Selbstverwaltung durch die Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern würde eingeschränkt.

Im Spitzenverband Bund wird die einzelne Krankenkasse erheblich weniger Einfluss auf die für sie wettbewerbsrelevanten Verträge nehmen können als heute über den jeweiligen Spitzenverband. Sie verliert damit neben ihrer Finanzautonomie auch einen erheblichen Teil ihrer Steuerungsfähigkeit hinsichtlich der Ausgaben. Unter diesen Bedingungen ist aber eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der GKV nicht möglich. Das Gegenteil ist der Fall: Die GKV wird vereinheitlicht, der Wettbewerb wird marginalisiert.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 149 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 149 § 217b SGB V (Organe Spitzenverband Bund)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollen als Organe ein Verwaltungsrat, ein Vorstand und eine Mitgliederversammlung gebildet werden.

Der Verwaltungsrat soll aus 32 Mitgliedern der Verwaltungsräte bzw. Vertreterversammlungen der Krankenkassen bestehen und paritätisch besetzt werden. Der Verwaltungsrat wird von der Mitgliederversammlung gewählt.

Der Vorstand, der vom Verwaltungsrat gewählt wird, soll aus höchstens drei Personen bestehen.

Die Mitgliederversammlung wird aus jeweils einem Vertreter der Versicherten und einem Vertreter der Arbeitgeber jedes Mitglieds gebildet; eine Ersatzkasse stellt jeweils zwei Versichertenvertreter.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung der Bildung eines Spitzenverbandes Bund lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen diese Regelung ab. Zur Begründung der Ablehnung des Spitzenverbandes Bund siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V. Zur avisierten Organisationsstruktur des Spitzenverbandes Bund wird ergänzend folgendes angemerkt:

Nach der vorliegenden Vorschrift sollen die Krankenkassen in der Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes Bund mit jeweils zwei Mitgliedern ihres Verwaltungsrates vertreten sein. Die damit rund 500-köpfige Mitgliederversammlung hat nach dem Gesetzentwurf lediglich die Aufgabe, den 32-köpfigen Verwaltungsrat zu wählen, der sich ebenfalls ausschließlich aus Mitgliedern der Verwaltungsräte der Krankenkassen zusammensetzt. Die gesetzlich vorgesehene Verteilung der 32 Sitze auf die Kassenarten erscheint recht willkürlich, sie entspricht jedenfalls nicht den Marktanteilen der Kassenarten. Da die Ersatzkassen nur Versichertenvertreter entsenden können, wird den anderen Kassenarten vorgegeben, eine entsprechend höhere Zahl an Arbeitgebervertretern zu entsenden (siehe dazu Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149, § 217c SGB V).

Die Binnenregelungen für den "Spitzenverband Bund" spiegeln die Mitgliederzahl der Krankenkassen und die Zusammensetzung ihrer Verwaltungsräte nicht richtig wider. Dies ist sachlich nicht zu rechtfertigen. Die Regelung verstößt damit gegen Art. 3 Abs. 1 GG und gegen das Rechtsstaatsprinzip.

Eine Beteiligung der Vorstände der Krankenkassen im Spitzenverband Bund ist nicht vorgesehen. Die organisatorischen Vorschriften erlauben in ihrer Gesamtheit den Schluss,



dass das Ziel verfolgt wird, die Krankenkassen über die Wahl des Vorstandes hinaus an den vom Spitzenverband Bund zu treffenden Entscheidungen möglichst wenig zu beteiligen. Alle operativen Entscheidungen sollen offenbar vom höchstens dreiköpfigen hauptamtlichen Vorstand des Spitzenverbandes Bund getroffen werden. Das ist angesichts des großen Einflusses, welchen der Spitzenverband Bund auf die Ausgaben der GKV von über 150 Mrd. Euro haben soll, inakzeptabel. Diese Machtkonzentration führt dazu, dass die Vorstände der Krankenkassen, die das operative Ergebnis ihrer jeweiligen Kasse gegenüber ihren Verwaltungsräten zu verantworten haben, Entscheidungen des 3-köpfigen Vorstandes des Spitzenverbandes Bund, z.B. zu wettbewerbsrelevanten Verträgen, gegen sich gelten lassen müssen, ohne darauf auch nur im geringsten Einfluss nehmen zu können.

Im Gesamtkontext des Gesetzentwurfs drängt sich daher der Eindruck auf, dass das vorrangige Motiv für die Etablierung des Spitzenverbandes Bund und seine organisatorische Ausgestaltung eine deutliche Erhöhung des zentralstaatlichen Einflusses auf die Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Denn es liegt nahe, dass sich der Vorstand eines Spitzenverbandes Bund, der ohne wirksames internes Korrektiv agieren muss, bei seinen Entscheidungen von großer Tragweite eng mit seiner Aufsichtsbehörde, dem Bundesgesundheitsministerium, abstimmen wird.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 149 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 149 § 217c SGB V (Wahl des Verwaltungsrates)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Vorschrift regelt das konkrete Wahlverfahren zur Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates.

Folgende Sitzverteilung ist für den Verwaltungsrat vorgesehen (Absatz 1):

| Kassenart | Versichertenvertreter | Arbeitgebervertreter |
|--------------------|-----------------------|----------------------|
| AOK | 4 | 8 |
| BKK | 2 | 5 |
| IKK | 1 | 2 |
| Ersatzkassen | 8 | - |
| Übrige Kassenarten | 1 | 1 |
| insgesamt | 16 | 16 |

Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu wählen.

Die Wahl des Verwaltungsrates wird nach Vorschlagslisten durchgeführt. Jede Kassenart soll eine Vorschlagsliste erstellen, die mindestens so viele Bewerber enthält, wie ihr Sitze zugeordnet sind. Verständigt sich eine Kassenart nicht auf eine Vorschlagsliste, benennt jede Krankenkasse dieser Kassenart einen Bewerber als Versichertenvertreter und einen Bewerber als Arbeitgebervertreter, die Ersatzkassen benennen jeweils bis zu drei Versichertenvertreter. Aus den eingereichten Einzelvorschlägen erstellt der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die kassenartenbezogene Vorschlagsliste mit den Bewerbern. Entsprechendes gilt für die Erstellung der Vorschlagslisten mit den zu wählenden Stellvertretern. Die Vorschlagslisten werden getrennt für die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber erstellt, getrennt für deren Stellvertreter sowie getrennt nach Kassenarten. Die Versichertenvertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Versichertenvertreter und deren Stellvertreter. Die Arbeitgebervertreter in der Mitgliederversammlung wählen die Arbeitgebervertreter und deren Stellvertreter aus den Vorschlagslisten für den Verwaltungsrat. Bei den getrennten Wahlgängen hat ein wahlberechtigter Vertreter des Mitgliedes bei einem Wahlgang so viele Stimmen, wie jeweils Sitze nach Absatz 1 zur Verfügung stehen.

Gewählt sind jeweils die Bewerber auf der Vorschlagsliste, die die höchste der gewichteten, abgegebenen Stimmenzahl erhalten (Höchstzahlen). Dabei sind so viele Bewerber mit den Höchstzahlen gewählt, wie Sitze je Kassenart zu verteilen sind. Entsprechendes gilt für die Wahl der Stellvertreter.

Bei der Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates durch die Mitgliederversammlung werden die Stimmen der Mitglieder des Spitzenverbandes Bund gewichtet. Die Gewichtung



orientiert sich an der bundesweiten Anzahl der Versicherten eines Mitglieders. Maßgebend sind die Versichertenzahlen nach der Statistik KM6 des vorherigen Jahres.

Das Bundesministerium lädt die Mitglieder des Spitzenverbandes Bund zu der konstituierenden Mitgliederversammlung ein und leitet die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung. Die nachfolgenden Sitzungen beruft der Vorsitzende ein. Die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung erfolgt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen der Mitglieder der Mitgliederversammlung. Für das Mitglied kann nur eine einheitliche Stimmabgabe erfolgen.

Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung lädt den gewählten Verwaltungsrat zu seiner konstituierenden Sitzung ein und leitet die Wahl des Vorsitzenden des Verwaltungsrates.

Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Wahlordnung.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V). Folglich lehnen sie auch diese Regelung zur Besetzung des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund ab.

Im Übrigen ist die Vorschrift inkonsistent und insoweit auch rechtlich angreifbar. Laut Gesetzesbegründung soll sich die Verteilung der Verwaltungsratssitze erstens am Prinzip der paritätischen Besetzung der Selbstverwaltung, zweitens an den Versichertenzahlen der Kassenarten orientieren. Da diese Ziele schwer vereinbar sind, kommt es bei der vorgesehenen Umsetzung zu erheblichen Verzerrungen. Während etwa die rund 25 Mio. Versicherten der AOK durch vier Versichertenvertreter repräsentiert werden, werden die 23 Mio. Versicherten der Ersatzkassen durch acht Vertreter repräsentiert. Andererseits stellen die Ersatzkassen in der Gesamtbetrachtung bei einem Marktanteil von rund 33 Prozent mit acht von 32 Vertretern nur 25 Prozent der Verwaltungsratsmitglieder.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 149 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 149

§ 217d SGB V (Aufsicht, Haushalts- und Rechnungswesen, Vermögen, Statistiken)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesgesundheitsministerium soll die Aufsicht über den Spitzenverband Bund führen. Hinsichtlich der Aufgaben zum Melde- und Beitragswesen führt das BMAS die Aufsicht, hinsichtlich der Funktion des Spitzenverbandes Bund als Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) übt das Bundesgesundheitsministerium die Aufsicht im Einvernehmen mit dem BMAS aus.

Für das Haushalts- und Rechnungswesen, das Vermögen und die Statistiken gelten die Vorschriften für die Landesverbände der Krankenkassen entsprechend.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung der Bildung eines Spitzenverbandes Bund lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen diese Regelung ab. Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 149 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 149 § 217e SGB V (Satzung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Vorschrift bestimmt den Mindestinhalt der Satzung des Spitzenverbandes Bund. Die Satzung muss Bestimmungen enthalten über

- den Sitz des Spitzenverbandes,
- die Wahl des Verwaltungsrates und des Vorstandes,
- die Entschädigung der Mitglieder des Verwaltungsrates,
- die Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
- die Beurkundung der Beschlüsse des Verwaltungsrates,
- die Herstellung der Öffentlichkeit der Sitzungen des Verwaltungsrates,
- das Nähere über die Entsendung der Vertreter der Mitglieder in die Mitgliederversammlung, über die Wahl des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung sowie dessen Aufgaben,
- die Rechten und Pflichten der Mitglieder,
- die jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und
- die Art der Bekanntmachung.

B. Stellungnahme

Als Folgeänderung der Bildung eines Spitzenverbandes Bund lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen diese Regelung ab. Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 149 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 149

§ 217f SGB V (Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Vorschrift bestimmt die gesetzlichen Aufgaben des Spitzenverbandes Bund, die dieser ab 01.01.2008 wahrnehmen soll:

- Unterstützung der Krankenkassen und ihrer Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere bei der Entwicklung von Datendefinitionen und Prozessoptimierungen für den elektronischen Datenaustausch,
- Entscheidung über grundsätzliche Rechts- und Fachfragen zum Beitrags- und Meldewesen sowie zur Beitragserhebung,
- Aufstellung von Kriterien zur Benennung und Verteilung der beauftragten Stellen für die Weiterleitung von Meldungen, Beitragsnachweisen und Gesamtsozialversicherungsbeiträgen,
- Entscheidung über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zum Erlass von Rahmenrichtlinien für Aufbau und Durchführung eines Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten.

Es soll klargestellt werden, dass die von den Landesverbänden, den bis zum 31.12.2007 [richtig 31.12.2008] bestehenden Bundesverbänden, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, den Verbänden der Ersatzkassen und der See-Krankenkasse bis zum 31.12.2008 zu treffenden Vereinbarungen, Regelungen und Entscheidungen solange fortgelten, bis der Spitzenverband Bund neue trifft oder Schiedsämter neue Vertragsinhalte festsetzen.

B. Stellungnahme

Bei den hier aufgeführten Aufgaben handelt es sich nicht um die entscheidenden Aufgaben des Spitzenverbandes. Die bedeutsamen Aufgaben sind dem Spitzenverband Bund an anderer Stelle zugewiesen. Es sind im Wesentlichen alle Aufgaben, die bislang von den Spitzenverbänden zu erfüllen sind. Der Spitzenverband Bund soll demnach insbesondere zuständig werden für die Vergütungssysteme des stationären Sektors, der Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, für die Festsetzung der Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel, für die Festsetzung der neuen Höchstbeträge für Arzneimittel, die Vorgaben für die jährlichen Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene sowie die Ausgestaltung der Telematik. Damit wird dem Spitzenverband - entgegen den politischen "Eckpunkten für eine Gesundheitsreform 2006" vom 04.07.2006 - ein enormes Aufgabenspektrum zugewiesen, welches bislang von verschiedenen Institutionen - teilweise im Wettbewerb zueinander - abgedeckt wurde. Damit einher geht eine deutliche Machtkonzentration innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Nicht zuletzt wegen dieser Machtkonzentration lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Ausführungen zu Artikel 1 Nr.149, §§ 217a, 217b SGB V). Sie lehnen folglich auch diese Regelung zu den Aufgaben des Spitzenverbandes Bund ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 149 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 150

§§ 219a SGB V (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht bilden die Spitzenverbände der Krankenkassen die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA).

Zum 01.01.2008 soll die Verbindungsstelle aufgelöst werden. Die Aufgaben der DVKA sollen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden, der zugleich Rechtsnachfolger der aufgelösten DVKA wird.

B. Stellungnahme

Durch die Änderungsvorschriften wird die DVKA aufgelöst, ihre Aufgaben werden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen, dessen Errichtung die Spitzenverbände ablehnen (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich werden auch die vorliegenden Änderungsvorschriften abgelehnt

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 150 wird gestrichen



Artikel 1 Nr. 151

§§ 219b bis 219d (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland)

B. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht bilden die Spitzenverbände der Krankenkassen die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA).

Zum 01.01.2008 soll die Verbindungsstelle aufgelöst werden. Die Aufgaben der DVKA sollen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden, der zugleich Rechtsnachfolger der aufgelösten DVKA wird. Die Organe der derzeitigen DVKA (Verwaltungsrat und Geschäftsführer) werden abgeschafft. Dies gilt auch für den Ständigen Arbeitsausschuss.

B. Stellungnahme

Durch die Änderungsvorschriften wird die DVKA aufgelöst, ihre Aufgaben werden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen, dessen Errichtung die Spitzenverbände ablehnen (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich werden auch die vorliegenden Änderungsvorschriften abgelehnt

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 151 wird gestrichen



Artikel 1 Nr. 152 § 220 SGB V (Grundsatz zur Fondsfinanzierung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der neu formulierte § 220 regelt die Grundsätze der Finanzierung des mit diesem Gesetz ab 1.1.2009 geplanten Gesundheitsfonds. Neben allgemeinen Haushaltsmitteln des Bundes (der Beteiligung des Bundes nach Artikel 1 Nr. 153 § 221 SGB V) und sonstigen Einnahmen soll sich der Fonds aus Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern speisen. Dieser Beitrag (respektive Beitragssatz) ist so festzusetzen, dass die Summe aller Einnahmen des Fonds mindestens 95% der voraussichtlichen Ausgaben des Fonds, also die Finanzmittelzuweisungen an die Krankenkassen, einschließlich einer vorzuhaltenden Liquiditätsreserve decken.

Die Beiträge werden mittels eines GKV-weit einheitlichen Beitragssatzes erhoben. Näheres bestimmt Artikel 1 Nr. 159 § 241 SGB V. Damit wird der Gesundheitsfonds einkommensproportional finanziert. Die Krankenkassen bestimmen nicht mehr selbst die Höhe des für sie erforderlichen Beitragssatzes, sondern erhalten zur Deckung ihrer Ausgaben pro Versicherten eine nach Alter, Geschlecht und Morbidität differenzierte und standardisierte Finanzmittelzuweisung.

Reichen die Mittel nicht aus, um im laufenden und im Folgejahr nicht mindestens eine Deckung von 95% zu erreichen, ist der Beitrag zu erhöhen. Er ist zu ermäßigen, wenn die Deckungsquote 100% übersteigt und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Prozentpunkte die Deckung 95% voraussichtlich nicht unterschreitet.

- b) Aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds entfallen die Vorschriften zu Beitragssatzregelungen für Einzelkassen.

B. Stellungnahme

- a) Die Einführung eines Gesundheitsfonds wird abgelehnt, weil hiermit die Finanz- und Strukturprobleme der GKV nicht gelöst, sondern zusätzliche Kosten verursacht werden. Zudem ist der Fonds im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag und der Härteregelung nicht oder nur unter Inkaufnahme von Kasseninsolvenzen umsetzbar (siehe allgemeine Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme). Sollte dieser dennoch eingeführt werden, sollte zumindest die nachfolgend beschriebene Problematik berücksichtigt werden:

Äußerst problematisch für die Finanzlage der Kassen ist die Regelung, dass die ausgeschütteten Fondsmittel die Ausgaben der Krankenkassen nur zu mindestens 95% decken müssen. Für einen ausgeglichenen Haushalt müssen die Krankenkassen in Folge dessen einen Zusatzbeitrag (Artikel 1 Nr. 161 § 242 SGB V) erheben, der allein



aus diesem Grund und als Folge der definierten Reaktionszeit von 2 Jahren und mehr bis zur Anpassung des Beitragssatzes im Durchschnitt der Krankenkassen rund 18 Euro pro Mitglied und Monat betragen muss. Auf Dauer ist damit in dieser Größenordnung der durchschnittliche Sockel für einen von den Krankenkassen zu erhebenden Zusatzbeitrag definiert, der abhängig von der jeweils spezifischen Kostensituation in der Kasse nach oben oder unten abweichen wird. Zu beanstanden ist auch, dass grundsätzlich keine unterjährigen Beitragssatzanpassungen vorgesehen sind.

b) Als Folgeregelung zu Buchstabe a.) wird daher auch diese Regelung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 152 Buchstabe a) und b) werden gestrichen.

Sollte der Gesundheitsfonds dennoch eingeführt werden, sollte der Deckungsgrad von jetzt 95% (Artikel 1 Nr. 152 § 220 Abs. 2 Satz 1) als Kriterium für Beitragssatzanhebungen auf 100% heraufgesetzt werden.

Die Anpassung des Beitragssatzes sollte grundsätzlich bereits nach Unterschreitung des Deckungsgrades innerhalb einer Frist von nur einem Jahr (laufendes Jahr), bei unterjährig erkennbarer defizitärer Entwicklung auf Grund von „normalen“ Ausgabenveränderungen oder konjunkturell bedingten Einnahmenveränderungen auch unterjährig vollzogen werden müssen.



Artikel 1 Nr. 153

§ 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a.) Der bestehende § 221 SGB V ist insofern angepasst worden, als bis zum Start des Gesundheitsfonds im Jahre 2009 für das Jahr 2008 ein weiteres Mal eine Bundesbeteiligung in Höhe von 1,5 Mrd. Euro geleistet werden soll. Bisher sah das Gesetz vor, dass die Bundesbeteiligung im Jahre 2007 auslaufen sollte (vgl. dazu Haushaltsbegleitgesetz).
- b.) Bislang bestimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich eine Krankenkasse oder einen Verband als zentrale Stelle für die Abrechnung mit dem BVA. Diese Aufgabe soll zukünftig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrgenommen werden.

Vgl. dazu auch Artikel 2 Nr. 29 § 221 SGB V.

B. Stellungnahme

- a.) Die bereits mit dem Haushaltsbegleitgesetz durchgeführte Kürzung der Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen führt zu deutlichen Finanzierungsengpässen im Jahre 2007, die auch durch die Fortführung des Beteiligungsbetrages in Höhe von 1,5 Mrd. Euro im Jahre 2008 nur geringfügig begrenzt werden. Der erhebliche Beitragssatzanpassungsdruck wird somit nicht gelöst, sondern durch die beschlossenen Kürzungen erheblich erhöht.

Das Ziel, die Krankenversicherungsbeiträge und damit die Lohnnebenkosten entsprechend der Zielsetzung der Bundesregierung zu entlasten, ist nur mit einer deutlichen Aufstockung der Bundesmittel zu erreichen. Diese deutliche Aufstockung wäre auch sachlich gerechtfertigt, weil die Bundesregierung in der Vergangenheit durch zahlreiche Gesetzesregelungen versicherungsfremde Lasten zu Gunsten des Bundes auf die gesetzliche Krankenversicherung verschoben hat. Auch mit den wiederholten Absenkungen der Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld I und II wurden zusätzliche Lasten zu Gunsten des Bundes und der Bundesagentur auf die Krankenkassen verschoben.

Eine entsprechende Vorschrift enthält der Gesetzentwurf bisher nicht, müsste aber aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgenommen werden. Die jährliche Höhe des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds müsste zwingend gesetzlich festgelegt werden; er müsste zudem in einer Größenordnung festgesetzt werden, die zu einer spürbaren Entlastung des GKV-Beitragssatzes führen kann.



- b.) Die neue Organisationsstruktur der Verbände wird abgelehnt (vgl. allgemeine Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme), daher wird auch diese Folgeregelung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

- a.) Die Absenkung der Bundesbeteiligung von 4,2 Mrd. Euro in 2006 auf 1,5 Mrd. Euro für die Jahre 2007 und 2008 muss zumindest zurückgenommen werden. § 221 SGB V sollte mit seiner früheren Formulierung wieder in Kraft gesetzt werden. Damit würde sich die Höhe der Bundesbeteiligung für die Jahre 2007 und 2008 auf 4,2 Mrd. Euro belaufen. Die Vorschrift ist zudem um einen Absatz zur Festlegung der Bundesbeteiligung ab dem Jahre 2009 zu erweitern, der zumindest die vorgenommenen Risikoverschiebungen zu Lasten der GKV neutralisiert.
- b.) Artikel 1 Nr. 153 Buchstabe b.) wird gestrichen.



**Artikel 1, Nr. 153a
§ 226 Abs. 4 Satz 4 (Beitragsberechnung in der Gleitzone)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zur Bestimmung des Faktors F als Eckwert für die Beitragsberechnung in der Gleitzone, wird der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz unter Berücksichtigung des nach § 241 SGB V von der Bundesregierung festgelegten allgemeinen Beitragssatzes ermittelt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuordnung des Rechts zur Bestimmung der Beitragssätze. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V). Deshalb wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 153a wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 154 **§ 227 SGB V (Beitragsbemessung für Nichtversicherte)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Beitragsbemessung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen (Nichtversicherte) gilt § 240 SGB V entsprechend. Damit richtet sich die Beitragsbemessung für diesen Personenkreis nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte. Zu den grundsätzlichen Bedenken der Spitzenverbände zur Einführung der Versicherungspflicht siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

Bei Einführung einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist Folgendes zu beachten:

Im Hinblick auf die Regelungen zur Beitragstragung (§ 249 SGB V, § 250 SGB V) ist eine Differenzierung nach Personenkreisen notwendig.

Wenn es sich um Selbständige handelt, dann gilt § 240 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V, d.h. es sind die Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen maßgebend.

Auch bei allen anderen Personengruppen wären die für diese Personengruppen maßgebenden Mindestbeiträge zu beachten, selbst wenn sie Arbeitsentgelt oder Rente bezögen und insoweit für diese Einnahmen ein Dritter die Beiträge zu tragen hätte.

Es entsteht ein geteiltes Versicherungsverhältnis in dem die Beiträge sowohl nach Ele Es entsteht ein geteiltes Versicherungsverhältnis in dem sowohl die Beiträge nach Elementen, die für die Versicherungspflicht maßgebend sind (z.B. Arbeitsentgelt, Rente), zu erheben wären, als auch nach Elementen, die für die freiwillige Versicherung gelten (sonstiges Einkommen z.B. aus Kapital, Vermietung und Verpachtung), zu zahlen sind. Dies bedeutet einen enormen Aufwand für die Krankenkassen. Es erscheint sachgerecht, dass die Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ihre Beiträge bei allen Einnahmearten selbst tragen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 154 wird gestrichen.



Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, wird vorgeschlagen:

§ 227 SGB V erhält folgende Fassung:

„Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 SGB V entsprechend. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in § 186 Abs. 11 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.“



**Artikel 1 Nr. 155,
§ 232a SGB V (Möglicher Beitragsausgleich zwischen den Mehreinnahmen bei geringfügig Beschäftigten und den Mindereinnahmen bei den versicherungspflichtigen Beziehern von Arbeitslosengeld II aufgrund des Haushaltsbegleitgesetzes 2006)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben aus dieser Vorschrift werden auf den Gesundheitsfonds und den Spitzenverband Bund übertragen. Danach ist ein Beitragsausgleich zwischen den Mehreinnahmen aus Mini-Jobs und Mindereinnahmen bei den versicherungspflichtigen Beziehern von Arbeitslosengeld II vorzunehmen, wenn die Mehreinnahmen aus der Anhebung der Pauschalbeiträge für Minijobber den Betrag von 170 Mio Euro unterschreitet. Das dazu gehörige Verfahren, ist mit dem BMF und dem BVA auszuhandeln.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen aus der Einführung des Gesundheitsfonds und des Spitzenverbandes Bund. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Einführung des Gesundheitsfonds und die Errichtung des Spitzenverbandes Bund ab. Zur Begründung der Ablehnung des Gesundheitsfonds siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB V. Zur Begründung der Ablehnung der Errichtung des Spitzenverbandes Bund siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V. Folglich wird auch die Übertragung der Aufgaben im Zusammenhang mit dem möglichen Beitragsausgleich zwischen den Mehreinnahmen aus Mini-Jobs und Mindereinnahmen bei den versicherungspflichtigen Beziehern von Arbeitslosengeld II abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 155 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 156

§ 239 Satz 1 SGB V (Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen bei Rentenantragstellern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Beitragsbemessung für Rentenantragsteller soll nicht mehr durch die Satzung der jeweiligen Krankenkasse, sondern durch den Spitzenverband Bund geregelt werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung des Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 156 a) wird gestrichen.



Artikel 1, Nr. 157

§ 240 SGB V (Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a.) Nach geltendem Recht wird die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder durch die Satzung der jeweiligen Krankenkasse geregelt. Diese Aufgabe soll zukünftig einheitlich vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrgenommen werden.
- b.) Folgeänderung zu a.)
- c.) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird berechtigt, zur Vermeidung von sozialen Härten bei hauptberuflich selbständig Tätigen die Anwendbarkeit der besonderen Mindestbemessungsgrundlage für Existenzgründer über den gesetzlich festgelegten Personenkreis hinaus auszudehnen. Dabei ist sowohl das Vermögen des Mitglieds als auch das Einkommen und Vermögen der mit dem Mitglied in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen zu berücksichtigen.
- d.) Die Anwartschaftsversicherung wird zu einer Pflichtregelung und liegt nicht mehr in der Satzungsautonomie der Krankenkassen. Sie wird auf alle freiwilligen Mitglieder ausgedehnt, deren Leistungsansprüche wegen eines Auslandsaufenthalts, Ausübung einer gesetzlichen Dienstpflicht, Tätigkeit als Zeitsoldat bzw. Entwicklungshelfer oder Strafgefängenschaft länger als drei Monate ruhen. Die bisherige Einschränkung, dass die Leistungsansprüche für die familienversicherten Angehörigen ebenfalls ruhen müssen, wird aufgehoben.
- e.) Die Zulässigkeit von Beitragsklassen wird aufgehoben.

B. Stellungnahme

- a.) Die im Rahmen der Satzungsautonomie bestehenden Möglichkeiten, für die freiwilligen Mitglieder die beitragspflichtigen Einnahmen unter Zugrundelegung der von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu bestimmen, wird den Krankenkassen vollständig entzogen. Es ist kein sachlich zwingender Grund erkennbar, die in diesem Bereich bewährte Satzungsautonomie der Krankenkassen auf den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ohnehin abgelehnten Spitzenverband Bund der Krankenkassen (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144 § 212 ff. SGB V) zu verlagern. Darüber hinaus wirft die Regelung, so wie sie gesetzestechnisch angelegt ist, Fragen nach der Rechtsqualität der künftigen Beitragsbemessungsregelungen auf. Nach den Grundsätzen zur Zulässigkeit der Normsetzung durch Institutionen außerhalb des dazu primär berufenen Parlaments, kämen den Beitragsbemessungsregelungen unmittelbare Rechtswirkung gegenüber den Versicherten und/oder den Gerichten nicht zu. Damit würden sich die Regelungen ausschließlich an die Versicherungsträger (Krankenkassen) richten; da die Regelungen weder die Rechtsqualität einer Satzung noch diejenige



einer Rechtsordnung haben, wären sie reines Verwaltungsbinnenrecht im Rahmen der Krankenversicherung.

- b.) Folgeänderung zu a.)
- c.) Aus fachlicher Sicht wird die Überforderungsklausel für Selbständige in der Praxis zu erheblichen Problemen bei der Feststellung des Einkommens bzw. des Vermögens der Bedarfsgemeinschaft führen. Die Vermögensverhältnisse des Mitglieds und seiner im Haushalt lebenden Familienangehörigen waren bislang im Beitragsrecht ohne Belang.
- d.) Das Angebot der beitragsrechtlichen Anwartschaftsversicherung muss vor dem Hintergrund der geplanten Versicherungspflicht der Nichtversicherten (vgl. Artikel 1 Nr. 2 § 5 Abs. 1 Nr. 13) kritisch hinterfragt werden. Praktische Bedeutung käme ihr dann allenfalls noch mit Blick auf den möglichen, aber kaum praktikablen Leistungsausschluss nach Artikel 1 Nr. 32 § 52a SGB V zu. Darüber hinaus ermöglicht die Neuregelung eine Anwartschaftsversicherung für das Mitglied auch dann, wenn Familienangehörige einen vollständigen Leistungsanspruch haben. Da für diesen Personenkreis eine Beitragszahlung nicht vorgesehen ist, sind weitere finanzielle Belastungen der gesetzlichen Krankenkassen zu erwarten. Auf Grund der unveränderten Regelung des § 244 SGB V zur Ermäßigung des Beitrages für Wehr- und Zivildienstleistende ist die Einbeziehung dieser Personen in die Anwartschaftsversicherung abzulehnen.
- e.) Es ist kein sachlich zwingender Grund erkennbar, die bislang in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse verankerte Zulässigkeit von Beitragsklassen aufzuheben.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 157 § 240 SGB V wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 159 **§ 241 SGB V (Allgemeiner Beitragssatz)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- Abs. 1 Der GKV-weit einheitliche Beitragssatz nach § 241 SGB V dient der Finanzierung des Gesundheitsfonds und wird von der Bundesregierung per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig zum 01.11.2008 mit Wirkungen ab dem 1.1.2009 festgelegt. Die Höhe des Beitragssatzes soll sicherstellen, dass in der Startphase die Ausgaben der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Bundesmittel zu 100% gedeckt sind und der Aufbau einer Liquiditätsreserve. Dieser allgemeine Beitragssatz umfasst auch den heutigen zusätzlichen Beitragssatz gemäß § 241a SGB V.
- Abs. 2 Erforderliche Veränderungen des einheitlichen Beitragssatzes werden bis zum 01.11. eines Jahres mit Wirkung zum 01.01. des Folgejahres per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes erfolgt auf Grundlage der Einschätzungen eines beim BVA neu zu bildenden Schätzerkreises.
- Abs. 3 Der Deutsche Bundestag ist rechtzeitig in den parlamentarischen Prozess des Erlasses einer Rechtsverordnung einzubeziehen.
- Abs. 4 Die Frist nach Abs. 3 gilt als erfüllt, wenn zwischen Unterrichtung und Beschlussfassung über die Rechtsverordnung mindestens 3 Wochen liegen.

B. Stellungnahme

Aus den bereits genannten Gründen wird die Einführung eines Gesundheitsfonds, der mittels eines GKV-weit einheitlichen Beitragssatzes finanziert wird, abgelehnt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB und die diesbezüglichen Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 159 wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 160
§ 241a SGB V (Zusätzlicher Beitragssatz)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 241a SGB V, der den bisherigen Zusatzbeitrag regelt, wird gestrichen.

B. Stellungnahme

Aus den genannten Gründen wird die Einführung eines Gesundheitsfonds, der mittels eines GKV-weit einheitlichen Beitragssatzes finanziert wird, abgelehnt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB V und die Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme).

Sollte der Gesundheitsfonds mit einem GKV-weit einheitlichen Beitragssatz dennoch eingeführt werden, wäre die Streichung des § 241a SGB V sachgerecht, da der allgemeine Beitragssatz nach der Neuregelung des § 241 SGB V den zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9% umfasst.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 160 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 161 **§ 242 SGB V (Kassenindividueller Zusatzbeitrag)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- Abs. 1 Die Konzeption des Gesundheitsfonds sieht vor, dass GKV-weit im Durchschnitt mindestens 95% der Ausgaben der Krankenkassen durch Finanzaufweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu decken sind. Reichen diese Mittel der einzelnen Krankenkasse nicht aus, muss sie zur Sicherstellung eines ausgeglichenen Haushalts inklusive eines aufgefüllten Betriebsmittel- und Rücklagenolls einen Zusatzbeitrag bei ihren Mitgliedern erheben. Dieser Zusatzbeitrag kann als Pauschale oder als einkommensabhängiger Beitrag erhoben werden. Zur Vermeidung von Härtefällen ist eine Überforderungsklausel vorgesehen. Der Zusatzbeitrag ist auf 1 % des monatlichen beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds begrenzt. Wenn der monatliche Beitrag 8 Euro nicht übersteigt, wird der Beitrag ohne Prüfung der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben.
- Abs. 2 Werden Überschüsse durch die Krankenkasse erwirtschaftet, sind Betriebsmittelrücklagen aufgefüllt und keine Schulden vorhanden, kann eine Ausschüttung an die Mitglieder vorgesehen werden.
- Abs. 3 Der Zusatzbeitrag ist im Bedarfsfalle - auch unterjährig - nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde anzupassen.
- Abs. 4 Verpflichtung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen zur Vorlage eines Berichts über die Erfahrungen mit der Überforderungsklausel nach Abs. 1 an den Deutschen Bundestag

B. Stellungnahme

- Abs. 1-4 Die Regelungen sind nicht umsetzbar und führen – wenn sie dennoch kommen sollten – zu zahlreichen Kassenschließungen auf Grund der Härtefallregelung. Keines der Ziele des Zusatzbeitrags, den Wirtschaftlichkeitswettbewerb und die Transparenz für die Versicherten zu verbessern und Risikoselektionen zu vermeiden, wird über diese Fehlkonzeption erreicht. Eine Studie des AOK-Bundesverbandes hat stattdessen ergeben:
- Bereits bei einem Zusatzbeitrag in Höhe von monatlich 10 Euro wären 61 v.H. aller AOK-Mitglieder von der Härterege lung betroffen. Erhöht sich der Zusatzbeitrag auf 15 Euro, wären 96 v.H. und bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro 100 v.H. aller AOK-Mitglieder betroffen.
 - Bei einem Zusatzbeitrag von 15 Euro könnten 13 von 16 AOKs das notwendige Zusatzbeitragsvolumen wegen der 1 v.H.-Begrenzung nicht in vollem



Umfang realisieren. Die Beitragsausfälle erreichen bei einigen AOKs über 30 v.H. Bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro wären alle AOKs von Beitragsausfällen in beträchtlicher Höhe betroffen.

- Wegen der unterschiedlichen Verteilung von einkommensstarken und – schwachen Mitgliedern zwischen den Krankenkassen führt die Härteregelung zu erheblichen Unterschieden in der Höhe des Zusatzbeitrags: Bereits bei einem relativ niedrigen notwendigen Zusatzbeitrag von 10 Euro müssen die AOKs Zusatzbeiträge kalkulieren, die zwischen 11,73 Euro und rd. 42 Euro streuen.

Die Regelung enthält zudem keine Vorgaben zur Umsetzung: Offen ist, wie der Zusatzbeitrag durch die Krankenkassen – ohne rechtzeitige Kenntnis der beitragspflichtigen Einnahmen der einzelnen Mitglieder – im voraus zu kalkulieren und die Härteregelung anzuwenden ist (vorherige Einkommenserhebung für alle Mitglieder oder nachträgliches Erstattungsverfahren bei Überschreitung der 1 v.H.-Härtegrenze). Unklar ist ebenfalls, was als beitragspflichtige Einnahmen der Empfänger von Arbeitslosengeld I und II zu Grunde zu legen wäre.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 161 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 162 § 243 SGB V (ermäßigter Beitragssatz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dieser ermäßigte Beitragssatz wird für die Zeit ab 1.1.2009 durch Rechtsverordnung festgelegt. Für Anwartschaftsversicherte gilt der ermäßigte Beitragssatz wie bisher nicht.

B. Stellungnahme

Die überholte Aufteilung in den allgemeinen, den erhöhten und den ermäßigten Beitragssatz ist aufzugeben. Die am Krankengeldanspruch orientierte Belastung der Einnahmearten mit dem jeweiligen Beitragssatz, die für bestimmte Gruppen von Versicherten ohnehin nicht mehr gilt, ist nicht mehr zeitgemäß, da die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung gerade auch andere kostenintensive Leistungen gemeinsam und solidarisch finanziert. Das kann auch für das Krankengeldrisiko gelten.

Ein entsprechender einheitlicher Beitragssatz ließe sich ohne weiteres kalkulieren und würde auch zu einer Verwaltungsvereinfachung führen. Schon derzeit ist die Erhebung der Beiträge aus der Rente nach dem allgemeinen Beitragssatz, obwohl dem kein Anspruch auf Krankengeld gegenüber steht, verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (BSG, Urteil vom 10.5.2006 – B 12 KR 5/05).

Bei einer Beibehaltung des ermäßigten Beitragssatzes wird es nach wie vor dem einzelnen Versicherten schwer zu vermitteln sein, weshalb er in einer Beschäftigung bei Bezug einer Vollrente wegen Alters lediglich den ermäßigten Beitragssatz zahlen muss, von der Altersrente aber Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz zu zahlen sind.

Nach dem die Rechtsprechung einen zwingenden Grund für eine Ermäßigung des Beitragssatzes bei fehlendem Krankengeldanspruch nicht erkennen kann, sollte die Reform unabhängig von der Frage, wer den allgemeinen Beitragssatz festsetzt, den ermäßigten Beitragssatz gänzlich abschaffen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 162 wird wie folgt gefasst:

§ 243 SGB V wird aufgehoben.



Artikel 1 Nr. 163

§ 245 Abs. 1 SGB V (Beitragssatz für die Beiträge der pflichtversicherten Studenten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Bestimmungen zum Beitragssatz für Studenten und Praktikanten sollen an die Neuregelung zur Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung (§ 241 SGB V – neu) angepasst werden. Analog zur heutigen Rechtslage soll der Beitragssatz 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes betragen.
- b) Bisher wurde der Beitragssatz für die Studenten und Praktikanten zu Beginn des Wintersemesters angepasst. Diese Bestimmung soll aufgehoben werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen aus der Neuordnung des Rechts zum Beitragssatz (zur Kritik der Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr.159, § 241 SGB V).

Durch die Streichung des Satzes 3 wird im Zusammenwirken mit § 241 (neu) bewirkt, dass Beitragssatzänderungen zum 1.1. des Folgejahres wirksam werden und nicht mehr zu Beginn des auf die Beitragssatzänderung folgenden Wintersemesters (1.10. eines Jahres).

Die Spitzenverbände lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung und die Erhebung eines Zusatzbeitrages durch die Krankenkassen ab (Zur Kritik des Zusatzbeitrages siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 161, § 242). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 163 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 164

§ 246 SGB V (Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, soll künftig der ermäßigte Beitragssatz für Mitglieder, die keinen Krankengeldanspruch haben, (§ 243 SGB V) gelten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neuordnung des Rechts der Beitragssätze. Die Spitzenverbände lehnen die Neuordnung des Rechts der Beitragssätze, insbesondere die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung und die Erhebung von Zusatzbeiträgen durch die Krankenkassen ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 (§ 241) und Nr. 161 (§ 242 SGB V)). Folglich wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

Die Spitzenverbände plädieren vielmehr dafür, das heutige Recht der Beitragssätze im Wesentlichen beizubehalten. Sie schlagen aber vor, den ermäßigten Beitragssatz ganz entfallen zu lassen (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 162 Buchstabe a), (§ 243 Absatz 1)). Entsprechend muss § 246 dahin gehend geändert werden, dass auch für Bezieher von Arbeitslosengeld II künftig der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz gilt.

Durch die mehrfache Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für ALG II – Empfänger, früher Arbeitslosenhilfeempfänger wurde ohnehin schon ein erheblicher Teil der Finanzierung der Arbeitslosigkeit vom Bund auf die gesetzliche Krankenversicherung verschoben. Eine Übernahme des allgemeinen Beitragssatzes würde diese Verschiebung vom Bund zur gesetzlichen Krankenversicherung ein wenig reduzieren.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 164 wird wie folgt gefasst:

"In Satz 1 wird das Wort "ermäßigte" gestrichen."



Artikel 1 Nr. 165

§ 247 SGB V (Beitragssatz für Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Beiträge aus der Rente soll künftig der von der Bundesregierung festgesetzte allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V gelten.

Streichung der bisherigen Regelung zum dreimonatigen Vorlauf von Beitragssatzveränderungen. Die Vorschrift zur maschinellen Übermittlung der maßgeblichen Beitragssätze durch die Krankenkassen an die Rentenversicherung wird aufgehoben.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuordnung des Rechts der Beitragssätze. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V). Deshalb lehnen sie auch diese Folgeänderungen ab.

Für den Fall, dass an der Festsetzung des Beitragssatzes festgehalten wird, ist zu beachten, dass die besondere Regelung zum dreimonatigen Vorlauf von Beitragssatzveränderungen entfallen soll. Sie ergäbe sich nach der vorgesehenen Regelung aus dem Vorlauf für die Bekanntgabe des allgemeinen Beitragssatzes nach Artikel 1 Nr. 159 § 241 SGB V. Dieser zeitliche Vorlauf beträgt künftig max. zwei Monate, da der Beitragssatz gelten soll, der zum 1.11. des Vorjahres festgestellt würde. Es ist fraglich, ob die Rentenversicherungsträger diesen geringeren Vorlauf bewerkstelligen könnten.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 165 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 166

§ 248 SGB V (Beitragssatz für Beiträge aus Versorgungsbezügen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Auch für Versorgungsbezüge soll der neue von der Bundesregierung festzusetzende einheitliche allgemeine Beitragssatz gelten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neuordnung des Rechts der Beitragssätze. Die Spitzenverbände lehnen dieses neue Recht der Beitragssätze ab, so auch die Festsetzung eines allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 (§ 241 SGB V)). Folglich wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 166 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 167

§ 249 Abs. 1 SGB V (Beitragstragung bei - versicherungspflichtig - Beschäftigten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In der Zeit vom 1.4.2007 bis 31.12.2008 soll der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt tragen, wenn diese Arbeitnehmer als bisher Nichtversicherter, künftig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig wird. Den bis 31.12.2008 nach § 241a SGB V zu zahlenden Zusatzbeitrag trägt der Arbeitnehmer weiterhin allein.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen aus der Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte. Zur Kritik der Spitzenverbände zur Einführung einer Versicherungspflicht siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig. .

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, wird wie folgt Stellung genommen:

Auf die Schwierigkeiten bei der getrennten Beitragstragung für die Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wurde bereits in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 154, § 227 SGB V hingewiesen.

Heute freiwillig Versicherte in der GKV tragen ihre Beiträge zur Gänze selbst und erhalten nach § 257 SGB V von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag, der in der prozentualen Höhe dem Arbeitgeberanteil für Pflichtversicherte entspricht. Dagegen erhalten Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bisher nicht der Versicherungspflicht unterliegen und unversichert sind, in Zukunft aber nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig werden, keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V. Vielmehr hat hier der Arbeitgeber die Hälfte des Beitrages - mit Ausnahme des Zusatzbeitrages nach § 241a SGB V - zu tragen.

Die Vorschrift impliziert ferner, dass auch Personen versicherungspflichtig werden, die in einer geringfügig entlohnten Beschäftigung stehen und nicht versichert sind, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig werden.

Die Regelung führt im Verbund mit § 250 Abs. 3 SGB V, der vorsieht, dass Personen, die versicherungspflichtig werden, weil sie keinen anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall haben (Nichtversicherte) und über kein Arbeitsentgelt verfügen, ihre Beiträge allein tragen, zu folgenden verschiedenen Wegen der Beitragstragung:

1. aus Arbeitsentgelt durch den Arbeitgeber
2. aus sonstigen Einnahmen durch den Versicherten
3. durch den Leistungsträger nach dem SGB II oder durch den Sozialhilfeträger.



Verzichtet man auf die Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte, bedarf es der komplizierten Regelungen zu §§ 249 und 250 SGB V nicht.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 167 wird gestrichen.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, ist Folgendes zu berücksichtigen:

Zu den nach § 5 Abs.1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen Arbeitnehmern können auch unversicherte Personen gehören, die eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben. Für geringfügig entlohnte Beschäftigte jeder Art müssen aber die besonderen Beitragsregelungen zum Pauschalbeitrag gelten. Ansonsten entstünde unterschiedliches Recht in der Krankenversicherung (Beiträge nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt und hälftiger Beitragstragung in der Krankenversicherung) und in der Rentenversicherung (Entrichtung eines Pauschalbeitrags durch den Arbeitgeber). Dies gilt es zu vermeiden. Deshalb müsste § 249 Abs. 1 um folgenden Satz ergänzt werden:

„Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b SGB V.

Damit entspräche diese Vorschrift in dieser Hinsicht auch der Fassung, die ohnehin für die Zeit ab 1.1.2009 vorgesehen ist (vgl. Artikel 2 Nr. 29c, § 249 Abs. 1).



Artikel 1 Nr. 168

§ 249a SGB V (Tragung der Beiträge bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge.

Es wird klargestellt, dass ansonsten das Mitglied die Beiträge trägt (Beibehaltung der Disparität).

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der vorgesehenen Festsetzung eines einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung. Die Spitzenverbände lehnen die Festsetzung eines einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 § 241 SGB V). In der Folge wird auch diese Änderung abgelehnt.

Unabhängig davon ergeben sich Probleme aufgrund der Einführung der Versicherungspflicht und der sonstigen Vorschriften zur Beitragsbemessung der bisher Nichtversicherten, die nach dem Gesetzentwurf versicherungspflichtig werden:

Auf die Schwierigkeiten bei der getrennten Beitragstragung für die Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist bereits bei § 227 SGB V hingewiesen worden (Beiträge aus Rente werden zum Teil vom Rentenversicherungsträger getragen, Beiträge aus anderen Einkommensarten vom Mitglied selbst).

Im Vergleich zu § 249 SGB V wird nicht unterschieden zwischen versicherungspflichtigen Rentnern nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a 12 oder neu Nr. 13 (bisher Nichtversicherte).

Auf die Schwierigkeiten bei der getrennten Beitragstragung für die Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist bereits bei § 227 SGB V hingewiesen worden. Diese Problematik wird an dieser Stelle noch deutlicher.

Weil sich nach § 227 SGB V die Beitragsbemessung nach den Vorschriften für freiwillig Versicherte richten sollen (§ 240 SGB V), sollte dieser Personenkreis auch im Recht der Beitragstragung wie ein freiwillig Versicherter behandelt werden. Dazu sollte dieser Personenkreis gemäß § 106 SGB VI einen Beitragszuschuss erhalten (siehe dazu die Stellungnahme zu Artikel 5 § 106).



C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 168 wird gestrichen

Alternativ:

a) § 249a SGB V wird wie folgt gefasst:

„Bei Versicherungspflichtigen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach der Rente zu bemessenden Beiträge nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatz; im Übrigen tragen die Rentner die Beiträge. Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 gilt § 250 Abs. 3 entsprechend.“

- Da es sich um eine Regelung handelt, die erst zum 1.1.2009 wirksam werden soll, ist diese Änderung in Artikel 2 als neue Nr. 29d aufzunehmen.

b) An § 249a SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 § 250 Abs. 2 entsprechend.“

- Die Lösung b) ist für die Zeit vom 1.4.2007 bis zum 31.12.2008 maßgebend. Vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 154, § 227 SGB V und Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 1, § 106 SGB VI. Sie wäre dann als Artikel 1 Nr. 168 zu führen.



Artikel 1 Nr. 169 Buchstabe a)
**§ 250 Abs. 1 SGB V (Beitragstragung Versicherungspflichtiger für bestimmte Ein-
nahmearten und für den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Es wird klargestellt, dass Versicherungspflichtige die Beiträge aus Versorgungsbezügen, Arbeitseinkommen, die Beiträge zur studentischen Krankenversicherung sowie den Zusatzbeitrag allein tragen sollen.
2. Bisher Nichtversicherte, die nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 versicherungspflichtig werden, sollen ihre Beiträge allein tragen soweit diese nicht auf Arbeitsentgelt entfallen.
- 3.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich für zielführend erachtet.

1. Den Zusatzbeitrag nach § 242 lehnen die Spitzenverbände der Krankenkassen ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242)). Insoweit wird auch diese Regelung, soweit sie sich auf den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V bezieht, abgelehnt.
2. Die Vorschrift ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 169 Buchstabe a) werden die Wörter "sowie den Zusatzbeitrag nach § 242" gestrichen.



Artikel 1 Nr. 169 Buchstabe b) § 250 Abs. 3 (neu) SGB V (Beitragstragung für Nichtversicherte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt ergänzend zu Artikel 1. Nr. 167 (§ 249 SGB V) die Beitragstragung bei Versicherungspflichtigen nach Artikel 1 Nr. 2 (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Die Versicherten tragen die Beiträge, die nicht nach dem Arbeitsentgelt zu zahlen sind, allein.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte nach Artikel 1, Nr. 2, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 169 Buchstabe b) wird gestrichen.

Hält man jedoch an den Regelungen zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) fest, ist zu berücksichtigen, dass die jetzige Formulierung „die nicht über Arbeitsentgelt verfügen“ nicht sachgerecht ist. Schließlich soll erreicht werden, dass der Versicherte die Beiträge allein trägt, bei Bezug von Arbeitsentgelt aber der Arbeitgeber an der Beitragstragung beteiligt ist. Die Vorschrift sollte deshalb folgenden Wortlaut haben:

„Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen die Beiträge allein. Soweit sie Arbeitsentgelt erzielen, gilt für die Tragung der auf das Arbeitsentgelt entfallenden Beiträge § 249 Abs. 1“.



Artikel 1, Nr. 170 Buchstabe a) § 251 Abs. 5 SGB V (Prüfung der Beitragszahlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Recht, die Beitragszahlung bestimmter Institutionen zu prüfen, geht von den Krankenkassen auf das Bundesversicherungsamt über. Das BVA soll die Prüfung bei folgenden Institutionen durchführen:

- der Künstlersozialkasse (KSK),
- den Bundesämtern für den Wehr- und Zivildienst,
- der Bundesagentur für Arbeit (BA) für die Beiträge aus Arbeitslosengeld nach dem SGB III sowie
- bei den Leistungsträgern nach dem SGB II für die Beiträge aus dem Arbeitslosengeld II.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 (§ 271 SGB V) wird verwiesen.

Dabei ist auch die derzeit desolate Lage des Beitrags- und Meldeverfahrens bei der Bundesagentur für Arbeit wegen der Versicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II zu berücksichtigen. Der Gesundheitsfonds wird gerade zu Beginn seiner Tätigkeit nicht in der Lage sein, das Prüfrecht ordnungsgemäß wahrnehmen zu können, da er sich erst intensiv in das nicht den gesetzlichen Anforderungen genügende Beitrags- und Meldeverfahren („Meldechaos“) bei der Bundesagentur einarbeiten muss.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die Prüfung der Beitragszahlung bei den genannten Institutionen - mit Ausnahme des Bundesamtes für Wehrdienst und des Bundesamtes für den Zivildienst (vgl. dazu auch die KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung) - ohne eine Bestandsführung ohnehin nicht möglich ist. Dazu bedürfte es im Vorfeld eines umfangreichen Datenaustausches zwischen den Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds, denn das Meldeverfahren ist weiterhin zwischen den Krankenkassen und der KSK, der BA und den Leistungsträgern nach dem SGB II durchzuführen. Deshalb muss das Prüfgeschäft bei den Krankenkassen verbleiben.

Überdies wird eine Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds abgelehnt (vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 171, § 252 SGB V).

C. Änderungsvorschlag

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel1 Nr. 170 Buchst. a) wird gestrichen.



**Artikel 1, Nr. 170 Buchstabe b)
§ 251 Abs. 6 (neu) SGB V (Beitragstragung für den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V,
Sonderregelung für Bezieher von Arbeitslosengeld II)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift legt fest, dass der Zusatzbeitrag vom Mitglied zu tragen ist. Abweichend davon soll der Bund den Zusatzbeitrag für versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II tragen, wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht. Diese Beitragstragung des Bundes ist auf die Dauer der nach § 175 Abs. 4 Satz 5 geltenden Kündigungsfrist von zwei Monaten beschränkt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V, der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 161, § 242 SGB V wird verwiesen.

Abgesehen davon, enthält die Regelung eine unnötige Doppelung, da bereits in § 250 Abs. 1 SGB V (vgl. Art. 1 Nr. 169 Buchst. a) vorgesehen ist, dass die Versicherungspflichtigen den Zusatzbeitrag allein tragen. Die Tragung des Beitrages für Bezieher von Arbeitslosengeld II durch den Bund für die Dauer der Kündigungsfrist verkompliziert das Beitragsrecht in erheblicher Weise und ist sozialpolitisch fragwürdig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 170 Buchst. b) wird gestrichen.



Artikel 1, Nr. 171 Buchstabe a) bis c) § 252 SGB V (Beitragszahlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt

- a) dass, der Zusatzbeitrag bei Beziehern von Arbeitslosengeld II nicht von der Bundesagentur oder den Optionskommunen gezahlt wird, der Versicherte also diesen Zusatzbeitrag selbst an die Krankenkasse zahlen muss
- b) dass der Zusatzbeitrag allerdings von der Bundesagentur für Arbeit oder den Optionskommunen an die Krankenkasse zu zahlen ist, wenn diese Stellen den Zusatzbeitrag für den Bezieher von Arbeitslosengeld II für die Dauer der zwei monatigen Kündigungsfrist bei Erhöhung oder Einführung eines Zusatzbeitrages übernehmen müssen.
- c) die Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds; dieser erhält die Beiträge von
 - der Künstlersozialkasse,
 - den Bundesämtern für den Wehr- und Zivildienst,
 - den Leistungsträgern nach dem SGB II für die Bezieher von Arbeitslosengeld II,
 - der BA für die Beiträge aus Arbeitslosengeld nach dem SGB III.

Ansonsten gilt § 28i SGB IV. Das heißt, die Beiträge der Arbeitgeber werden weiterhin von den Krankenkassen eingezogen. Die Beiträge für geringfügig Beschäftigte gehen weiterhin an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See.

Soweit die Einzugsstellen (Krankenkassen oder die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See) die Krankenversicherungsbeiträge erhalten, sind diese arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung des Zusatzbeitrages bzw. zur Einführung des Gesundheitsfonds. Auf die Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 161, § 242 SGB V und Artikel 1 Nr. 182, § 271 SGB V wird verwiesen. Die Regelung wird abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 171 wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 172
§ 254 Satz 2 SGB V (Beitragszahlung für Studenten)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund soll anstelle der einzelnen Krankenkasse die Modalitäten über eine andere als die semesterweise Vorauszahlung der Beiträge bei pflichtversicherten Studenten regeln.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang zur Festsetzung der Modalitäten über abweichende Zahlungsweisen der Beiträge bei pflichtversicherten Studenten von den einzelnen Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 172 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 173 **§ 255 SGB V (Beitragszahlung aus der Rente)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuformulierung des § 255 Abs. 3 SGB V und der Streichung der folgenden Absätze wird die Fälligkeit der KVdR-Beiträge vom bisher 1. eines Monats auf den letzten Bankarbeitstag des Monats verschoben. Dabei ist wie bisher zu unterscheiden zwischen vorschüssig gezahlten „Altrenten“ nach § 272a SGB V und der ab Stichtag 1.4.2004 geltenden Regelung für neu bewilligte Renten, die nachschüssig gezahlt werden.

Um die heutige Liquiditätssituation zwischen GKV und DRV Bund in etwa beizubehalten wird festgelegt, dass zum 8. eines Monats 300 Mio. Euro fällig werden, der Rest am letzten Bankarbeitstag des Monats.

B. Stellungnahme

Hintergrund für die Änderung der Fälligkeit der KVdR-Beiträge ist die Kritik der Spitzenverbände der Krankenkassen daran, dass durch die im bisherigen Absatz 3 formulierten Verrechnungsregeln zwischen Gesamtsozialversicherungsbeiträgen, KVdR-Beiträgen und RSA-Forderungen bzw. –Verpflichtungen die Krankenkassen über die ihnen zustehenden KVdR-Beiträge nicht zum Fälligkeitstag (1. eines Monats) verfügen können, sondern bis zum 1.1.2006 erst zwischen dem 8. bis 15. eines Monats. Dieser Nachteil, der in dieser Form bis 2005 galt, wurde durch das Gesetz zur Neuregelung der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge zum 1.1.2006, nach der deren Fälligkeit auf den drittletzten Bankarbeitstag des Bezugsmonats verlegt wurde, noch verschärft. Auf Grund der Verrechnungsvorgaben des alten § 255 Abs. 3 SGB V und der nach neuer Regelung erst zu einem späteren Zeitpunkt eingehenden GSV-Beiträge stehen den Krankenkassen ihre KVdR-Beiträge jetzt erst faktisch am Monatsende zur Verfügung. Die ohnehin – auch früher schon - bestehenden Liquiditätsnachteile der GKV haben sich durch die Neuregelung bei der Fälligkeit der Gesamtsozialversicherungsbeiträge verschärft.

Die Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die ungerechtfertigten Liquiditätsvorteile der DRV-Bund in Folge der gesetzlich definierten Finanzbeziehungen zwischen den Partnern von vorn herein abzuwenden, wird mit dieser gesetzlichen Änderung nicht erfüllt. Vielmehr wird die Fälligkeit der KVdR-Beiträge vom 1. eines Monats auf den drittletzten Bankarbeitstag eines verschoben.

Dies ist nicht sachgerecht, da die Rente selbst – unter Abzug der durch DRV Bund einbehaltenen GKV-Beiträge - nach wie vor am Monatsanfang fällig ist, die KVdR-Beiträge nunmehr aber erst mit einem ganzen Monat Verzug den Krankenkassen zustehen. Dadurch werden die beklagten erheblichen Liquiditätsnachteile der GKV gesetzlich zu Gunsten sachlich nicht zu begründender Liquiditätsvorteile der DRV Bund fest geschrieben. Mit einer „Abschlagszahlung“ zum 8. eines Monats werden die heutigen Liquiditätsnachteile der Krankenkassen nicht gelöst. Die weitere Absenkung des "Abschlagsbetrages" von



800 Mio. Euro im Referentenentwurf auf 300 Mio. Euro im Kabinettsentwurf vom 24.10.2006 ist sachlich durch nichts zu begründen. Sie ist vielmehr Ausdruck einer gewissen Willkür in der Entscheidung, erneut einen Verschiebebahnhof zwischen RV und GKV zu Lasten der GKV zu zementieren und die Problematik in ihrer finanziellen Wirkung sogar noch zu verschärfen.

C. Änderungsvorschlag

Der Wortlaut des § 255 SGB V ist wie folgt zu verändern:

„(3) Die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 stehen den Krankenkassen der Bezieher dieser beitragspflichtigen Renten zu. Die Rentenversicherungsträger haben den Krankenkassen die einbehaltenen Beiträge nachzuweisen.

(4) Die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 werden am 1. des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. Sie sind unverzüglich am Fälligkeitstermin bzw. am ersten dem Fälligkeitstermin folgenden Werktag an die Krankenkassen zu zahlen. Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a SGB VI), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am 1. des Monats fällig, für den die Rente gezahlt wird.“

In diesem Kontext muss ebenfalls der § 17 Abs. 4, 5, 5a und 6 RSAV wie folgt geändert werden:

„(4) Der den ausgleichsberechtigten Krankenkassen zustehende Betrag nach Absatz 2 wird am 15. eines Monats fällig und ist zum Fälligkeitstag von der Deutschen Rentenversicherung Bund an die Krankenkassen zu überweisen.

(5) Die Zahlungsverpflichtungen gemäß Absatz 3 werden zum 15. eines Monats fällig. Die zahlungsverpflichteten Krankenkassen überweisen den Betrag zu diesem Termin an die Deutsche Rentenversicherung Bund.

(5a) streichen

(6) Die Krankenkassen weisen der Deutsche Rentenversicherung Bund bis zum zehnten des jeweiligen Monats die nach den Absätzen 2 und 3 zu leistenden Beträge und deren Berechnungsgrundlage (§ 10 Abs. 3, § 12 Abs. 2) nach. Die Nachweise können der Deutsche Rentenversicherung Bund auf den für den monatlichen Ausgleich vorgesehenen Vordrucken per Telefax übersandt werden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat die Nachweise nach den für Rechnungsbelege geltenden Aufbewahrungsfristen aufzubewahren und die nach den Absätzen 4 und 5 geleisteten Beträge für jede Krankenkasse nachzuweisen. Sie übersendet hierüber nach Ablauf des Kalenderjahres jeder Krankenkasse einen Kontoauszug; das Nähere bestimmt das Bundesversicherungsamt.“



**Artikel 1 Nr. 174 Buchstabe a)
§ 257 Abs. 1 SGB V (Beitragszuschuss für freiwillig versicherte Arbeitnehmer)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss für freiwillig versicherte Arbeitnehmer wird nach der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes berechnet.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts zur Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 (§ 241 SGB V) wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 174 Buchstabe a) ist zu streichen.



**Artikel 1, Nr. 174 Buchstabe b)
§ 257 Abs. 2 SGB V (Beitragszuschuss für privat versicherte Arbeitnehmer)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss für privat versicherte Arbeitnehmer wird nach der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes berechnet.

Es wird die Regelung gestrichen, dass der maßgebliche Beitragssatz für die Bemessung des Zuschusses 0,9 v.H. des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes beträgt, wenn der privat versicherte Arbeitnehmer bei einer fiktiven Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert wäre.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts zur Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 159, § 241 SGB V wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 174 Buchstabe b) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 174 Buchstaben c) und d)
§ 257 Abs. 2a bis 2c SGB V (Voraussetzungen für die Gewährung eines Beitragszuschusses für privat Krankenversicherte)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- c) Die Voraussetzungen für die Gewährung eines Beitragszuschusses für privat Krankenversicherte werden an die Neuregelungen zur Einführung eines Basistarifs angepasst.
- d) Die bisherigen Regelungen über einen finanziellen Spitzenausgleich der PKV-Unternehmen (§ 257 Abs. 2b) und die bisherige Übergangsregelung (§ 257 Abs. 2c SGB V) werden gestrichen.

B. Stellungnahme

- c.) Es handelt sich um Folgeregelungen zur Neuordnung des Rechts der PKV. Auf die Stellungnahme zu Artikel 43 und 44 wird verwiesen.
- d.) Es handelt sich um Folgeregelungen zur Neuordnung des Rechts der PKV. Auf die Stellungnahme zu Artikel 43 und 44 wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 175 **§ 261 Abs. 3 und 4 SGB V (Rücklage)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Krankenkasse kann nach geltendem Recht Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Jahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können. Die Neuregelung sieht vor, dass die Rücklage in Anspruch genommen werden kann, wenn dadurch Erhöhungen des Zusatzbeitrags nach Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V) vermieden werden.
- c) Nach geltendem Recht ist die Auffüllung der Rücklage mit einem Betrag in Höhe von mindestens $\frac{1}{4}$ des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen, falls die Rücklage geringer als das Rücklagesoll ist. Die Neuregelung sieht vor daß dies nicht gilt, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Erhöhung des Zusatzbeitrags nach Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V) notwendig wird.

B. Stellungnahme

- a) Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V) „Kassenindividueller Zusatzbeitrag“. Die Änderung wird abgelehnt. Vgl. dazu die entsprechende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V).
- b) Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V) „Kassenindividueller Zusatzbeitrag“. Die Änderung wird abgelehnt. Vgl. dazu die entsprechende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 175 Buchstaben a) und b) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 176

§ 264 SGB V (Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung; Erweiterung um Empfänger von Leistungen nach § 40 Satz 1 SGB VIII)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, die Krankenbehandlung künftig auch für nicht gesetzlich krankenversicherte junge Menschen sicherzustellen, die im Rahmen einer Jugendhilfeleistung nach dem SGB VIII stationär betreut werden. Die Kosten werden den Krankenkassen von den Trägern der Jugendhilfe erstattet.

B. Stellungnahme

Mit der Neuregelung wird der Personenkreis (bisher grundsätzlich nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger, Asylbewerber) erweitert, bei dem die Krankenkassen die Krankenbehandlung gegen Erstattung der Kosten durch den originär zuständigen Träger (insbesondere Sozialhilfeträger) übernehmen.

Gegen die Erweiterung der auftragsweisen Leistungserbringung gegen Erstattung der entstehenden Aufwendungen (inkl. Verwaltungskosten) bestehen keine Bedenken.

Es ist aber klarzustellen, dass die Träger der öffentlichen Jugendhilfe Betroffene bei Beendigung der Jugendhilfeleistungen bei der Krankenkasse abzumelden haben.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 176 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) sollte wie folgt gefasst werden:

„In Satz 1 werden nach dem Wort „Buches“ die Wörter „oder des Achten Buches“ und nach dem Wort „Sozialhilfe“ die Wörter „oder der öffentlichen Jugendhilfe“ eingefügt.“

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Nr. 177

Überschrift: Finanzausgleiche und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds



Artikel 1 Nr. 178

§ 266 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wird die Ausgestaltung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs grundlegend verändert. Die Neuregelung sieht daher vor diesem Umstand durch die Änderung der Überschrift Rechnung zu tragen.
- b) Die Neuregelung bestimmt, dass die Zuweisungen des Gesundheitsfonds zur Deckung der gesamten Ausgaben der Krankenkasse dienen und daher die standardisierten Leistungsausgaben, die standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen sowie Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, die standardisierten Ausgaben für die Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) und die standardisierten Verwaltungsausgaben umfassen. Der Risikostrukturausgleich erfolgt zukünftig durch die Zuweisung alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge, die die Krankenkassen neben der für alle Versicherten einheitlichen Grundpauschale aus dem Gesundheitsfonds erhalten.
- c) Die Neuregelung stellt klar, dass die Summe aus der Grundpauschale und den alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen dient und damit an die Stelle der Beitragsbedarfzuweisungen im bisherigen Risikostrukturausgleich tritt. Dabei ändert sich die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben gegenüber dem bisherigen Verfahren nicht.
- d) Aufgrund der Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen Beitragssatzes und der Abführung der Beiträge an den Gesundheitsfonds ist ein gesonderter Finanzkraftausgleich zukünftig nicht mehr erforderlich. Die diesbezüglichen Vorschriften werden daher aufgehoben.
- e) Im bisherigen RSA-Verfahren wurden die Ausgaben für die Entwicklung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) durch einen Aufschlag auf die standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt und durch eine Erhöhung des Ausgleichsbedarfssatzes finanziert. Zur Vereinfachung des Verfahrens der Berücksichtigung dieser Ausgaben und zur Erhöhung der Transparenz erhalten die Krankenkassen künftig für diese Ausgaben gesonderte Zuweisungen nach Artikel 1 Nr. 182 § 270 SGB V. Das Nähere über die Ermittlung und Standardisierung dieser Ausgaben wird in der Rechtsverordnung nach § 266 SGB V Absatz 7 geregelt.
- f)
 - aa) Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des Gesundheitsfonds und zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Die Neuregelung bestimmt



die Bekanntgabe der für die Ermittlung der Zu- und Abschläge ab 2009 maßgeblichen Daten durch das Bundesversicherungsamt.

- bb) Die Neuregelung hebt die Vorschriften auf, die aufgrund des Wegfalls eines gesonderten Finanzkraftausgleichs zukünftig nicht mehr erforderlich sind, und nimmt Anpassungen an die Einführung des weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs vor.
- g) Die Neuregelung schreibt vor, welche Grundlagen das Bundesversicherungsamt bei der Berechnung der Höhe der monatlichen Zuweisungen zu berücksichtigen hat. Die monatlichen Zuweisungen des Gesundheitsfonds stellen Abschlagszahlungen dar, die mit der im Jahresschlussausgleich ermittelten endgültigen Zuweisung verrechnet werden. Werden nach Abschluss der Ermittlung der endgültigen Zuweisung sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsunterlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt entsprechende Korrekturen bei der Ermittlung der endgültigen Zuweisung im Folgejahr zu berücksichtigen.
- h) Die Neuregelung erweitert einerseits die Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit, das Nähere über die Ermittlung und Durchführung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich) in einer Rechtsverordnung zu regeln. Hierzu zählen insbesondere die Ermittlung der Höhe der Grundpauschale, die der Gesundheitsfonds den Krankenkassen für jeden Versicherten zuweist, und die Bestimmung der Kriterien über die Zuweisung von Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen, Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, und Verwaltungsausgaben. Andererseits werden mit der Regelung Vorschriften aufgehoben, die aufgrund des Wegfalls eines gesonderten Finanzkraftausgleichs und des Risikopools zukünftig nicht mehr gebraucht werden.
- i) Regelungen über Säumniszuschläge werden auf der Grundlage der Ermächtigung in § 266 SGB V Absatz 7 Satz 1 Nr. 5 vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung festgelegt. Eine gesetzliche Regelung der Säumniszuschläge ist zukünftig nicht mehr erforderlich.
- j) Die Regelung stellt klar, dass der Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich für das Jahr 2008 sowie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erforderliche Korrekturen des Ausgleichsjahres 2008 und vorangegangener Ausgleichsjahre auf der Grundlage der bis zum Ende des Jahres 2008 geltenden gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden.

B. Stellungnahme

Aus grundsätzlichen Erwägungen wird die Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen Beitragssatzes (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 § 241 SGB V) wie auch eines Gesundheitsfonds (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB V) abgelehnt (siehe auch allgemeine Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme).

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Die Weiterentwicklung des RSA ist unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds zu beurteilen. Hierzu wird auf die ergänzenden Stellungnahmen der Spitzenverbände verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

vgl. ergänzende Stellungnahmen der Spitzenverbände.



Artikel 1 Nr. 179 **§ 267 SGB V (Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Durch die geplante Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes und der Abführung der Beiträge an den Gesundheitsfonds ist zukünftig ein gesonderter Finanzkraftausgleich im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nicht mehr erforderlich. Die Neuregelung sieht daher vor, auf die Erhebung der zur Durchführung des Finanzkraftausgleichs erforderlichen Beitragseinnahmen der Krankenkassen und der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zukünftig zu verzichten.
- b) Zukünftig soll es keinen gesetzlich geregelten Beitragssatz für Personen mit sofortigem Krankengeldanspruch nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mehr geben. Daher sieht die Neuregelung vor, die Abgrenzung der entsprechenden Versichertengruppen nicht mehr durch Bezugnahme auf die §§ 241 ff. SGB V durchzuführen, sondern in Artikel 1 Nr. 179 § 267 SGB V zu regeln.
- c) Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 179 § 267 SGB V Buchstabe b).
- d) Die Neuregelung sieht vor, dass die Ergebnisse der Datenerhebung nicht mehr wie bislang nach geltendem Recht von den Krankenkassen über die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt vorgelegt werden, sondern dies zukünftig über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgt.
- e)
 - aa) Die Neuregelung sieht vor, dass die Informationen über die bei den Krankenkassen pflichtversicherten Rentner nicht mehr wie bislang nach geltendem Recht von den Krankenkassen über die Spitzenverbände der Krankenkassen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung gemeldet werden, sondern dies zukünftig über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgt.
 - bb) Die Neuregelung sieht vor, dass die Informationen über die gezahlten Renten nicht mehr wie bislang nach geltendem Recht von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung über die Spitzenverbände der Krankenkassen den Krankenkassen gemeldet werden, sondern dies zukünftig über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgt.
 - cc) Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können die Durchführung bestimmter Aufgaben an die Deutsche Post AG übertragen. Bislang erfolgte die Informationsübermittlung in diesen Fällen von den Krankenkassen über die Spitzenverbände der Krankenkassen an die Deutsche Post AG. Die Neuregelung sieht vor, dass diese Informationsübermittlung zukünftig über den Spitzeverband Bund der Krankenkassen erfolgt.



- f) Bislang legen die Spitzenverbände der Krankenkassen Näheres über gewisse Verfahrensschritte zur Durchführung des RSA fest. Dies schließt auch Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie mit der Deutschen Rentenversicherung Bund ein. Die Neuregelung sieht vor, dass diese Verfahrensschritte bzw. Vereinbarungen auf Kassenseite künftig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrgenommen werden.
- g) Redaktionelle Bereinigung um eine nicht mehr relevante Androhung einer Ersatzvorname im Jahr 1993.
- h) Bislang sind bestimmte Kosten für die Durchführung des RSA von den Spitzenverbänden der Krankenkasse zu tragen. Die Neuregelung sieht vor, dass diese Kosten zukünftig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen getragen werden.
- i) Die Regelung stellt klar, dass der Jahresausgleich im Risikostrukturausgleich für das Jahr 2008 sowie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erforderliche Korrekturen des Ausgleichsjahres 2008 und vorangegangener Ausgleichsjahre auf der Grundlage der bis zum Ende des Jahres 2008 geltenden gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden.

B. Stellungnahme

Aus grundsätzlichen Erwägungen wird die Einführung eines für alle Krankenkassen geltenden einheitlichen Beitragssatzes (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 § 241 SGB V, eines Gesundheitsfonds (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB V) wie auch die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217 a SGB V) abgelehnt (siehe auch allgemeine Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme).

Die Weiterentwicklung des RSA ist unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds zu beurteilen. Hierzu wird auf die ergänzenden Stellungnahmen der Spitzenverbände verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

vgl. ergänzende Stellungnahmen der Spitzenverbände.



Artikel 1 Nr. 180 **§ 268 SGB V (Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 266 Abs. 2 SGB V, wonach der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen zukünftig durch die Zuweisung alters-, geschlechts- und risikoadjustierter Zu- und Abschläge, die die Krankenkassen neben der für alle Versicherten einheitlichen Grundpauschale aus dem Gesundheitsfonds erhalten, erfolgt.

bb) Die Neuregelung sieht eine Klarstellung vor, dass die Versicherten ab 2009 im Risikostrukturausgleich anhand von Morbiditätsgruppen identifiziert werden.

cc) Die Neuregelung sieht eine Präzisierung der Anforderungen an die Klassifikationsmodelle vor, die ab 2009 im Risikostrukturausgleich verwendet werden. Dabei wird klargestellt, dass die Klassifikationsmodelle keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen dürfen und der Bestimmung der Morbiditätsgruppen eine begrenzte Anzahl von 50 bis 80 schwerwiegenden chronischen Erkrankungen zu Grunde zu legen ist, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50% übersteigen.

b) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Nach geltendem Recht ist ein einvernehmlicher Vorschlag von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Bestimmung der Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren sowie ihrer Klassifikationsmerkmale in der Rechtsverordnung des BMG zur Umsetzung des Risikostrukturausgleichs zu berücksichtigen. Nach neuem Recht geht diese Aufgabe auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen über.

B. Stellungnahme

Aus grundsätzlichen Erwägungen wird die Einführung eines Gesundheitsfonds (Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB V) wie auch die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (Artikel 1 Nr. 149 § 217 a SGB V) abgelehnt (siehe allgemeine Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme).

Die Weiterentwicklung des RSA ist unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds zu beurteilen. Hierzu wird auf die ergänzenden Stellungnahmen der Spitzenverbände verwiesen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



C. Änderungsvorschlag

vgl. ergänzende Stellungnahmen der Spitzenverbände.



Artikel 1 Nr. 181

§ 269 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für aufwändige Leistungsfälle)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a. Die angesprochenen Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung des Risikopools werden von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.
- b) Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a. Die angesprochenen Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung des Risikopools werden von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.
- c) Die Neuregelung sieht vor, dass der Risikopool letztmalig für das Jahr durchgeführt wird, das dem Jahr des Inkrafttretens der Weiterentwicklung des RSA nach § 268 Abs. 1 vorausgeht.
- d) Die Regelung stellt klar, dass der Jahresausgleich im Risikopool für das Jahr 2008 sowie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erforderliche Korrekturen des Ausgleichsjahres 2008 und vorangegangener Ausgleichsjahre auf der Grundlage der bis zum Ende des Jahres 2008 geltenden gesetzlichen Regelungen durchgeführt werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V).
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V).

Die Abschaffung des Risikopools kann auch unabhängig von den organisationsrechtlichen Neuregelungen und der Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen beurteilt werden. Hierzu wird auf die ergänzenden Stellungnahmen der Spitzenverbände verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

vgl. ergänzende Stellungnahmen der Spitzenverbände.



Artikel 1 Nr. 182

§ 270 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bestimmt, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds neben den in § 266 Abs. 4 definierten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auch zur Deckung der Satzungs- und Mehrleistungen, der DMP-Programmkosten und der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen dienen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Einführung eines Gesundheitsfonds ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB V).

Die Weiterentwicklung des RSA ist unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds zu beurteilen. Hierzu wird auf die ergänzenden Stellungnahmen der Spitzenverbände verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Vgl. ergänzende Stellungnahmen der Spitzenverbände.



Artikel 1 Nr. 182 § 271 SGB V (Gesundheitsfonds)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesundheitsfonds wird als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt gebildet, der ab dem 1.1.2009 aus Beiträgen von Arbeitgebern, anderen Sozialversicherungsträgern und den Mitgliedern der Krankenkassen, aus weiteren Beiträgen und aus anwachsenden Zuschüssen aus allgemeinen Steuermitteln gespeist wird. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben, die sich aus einer Grundpauschale und alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuschlägen (Artikel 1, Nr. 178, § 266 SGB V) zusammensetzen. Ferner erhalten die Krankenkassen Zuweisungen für sonstige Ausgaben (Artikel 1, Nr. 182, § 270 SGB V) sowie bis zur Einführung eines morbiditätsorientierten RSA (Artikel 1, Nr. 180, § 268 SGB V) Zuweisungen für aufwendige Leistungsfälle (Artikel 1, Nr. 181, §269 SGB V Risikopool).

Der Gesundheitsfonds bildet eine Liquiditätsreserve; Näheres wird in der Rechtsverordnung nach Artikel 1, Nr. 159, § 241 SGB V festgelegt. Für besondere Liquiditätsprobleme auch nach der Aufbauphase kann der Bund eine nicht zu verzinsende Liquiditätshilfe leisten.

B. Stellungnahme

Die fundamentale Umstellung der bestehenden GKV-Finanzierung mit kassenindividueller einkommensproportionaler Beitragserhebung und einem Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen auf ein Fonds-Modell wird aus den bereits genannten Gründen abgelehnt. Diese Umstellung führt zum Verlust der Finanzautonomie der Krankenkassen. Sie stellt weder die GKV auf eine bessere finanzielle Grundlage (vor allem, da nur ein marginaler Anteil an allgemeinen Steuermitteln zur Finanzierung herangezogen werden soll), die die Lohnnebenkosten ebenso wie die Versicherten entlasten könnte, noch wird die Solidarität innerhalb des Gesamtsystems der Gesundheitsversorgung insgesamt erhöht, da die PKV nicht in den Gesundheitsfonds einbezogen ist. Auch wird der Aufbau stark zentralisierter Strukturen in der GKV (neben dem Gesundheitsfonds wird die gesamte Organisations- und Entscheidungsstruktur des korporatistischen, in den Händen der Selbstverwaltung liegenden Systems der GKV „verstaatlicht“) letztlich nicht einem wettbewerblich orientierten Ordnungsgedanken gerecht.

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, der ein zentrales Moment in diesem Finanzierungsmodell ist, erzeugt zwar einen erheblichen Konkurrenzdruck zwischen den Krankenkassen, der aber vor allem zu zahlreichen Kassenschließungen und dadurch zu monopolartigen Strukturen in der Kassenlandschaft führen wird. Allerdings wird diese Entwicklung nicht das Ergebnis eines Selektionsprozesses in Abhängigkeit von Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, sondern vielfach nur das Resultat der heutigen Verteilung von Einkommens- und Risikostrukturen sein.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Die Einführung eines Gesundheitsfonds wird daher abgelehnt (siehe allgemeine Ausführungen im einführenden Teil dieser Stellungnahme). Insofern erübrigt sich die Neueinführung dieser Vorschrift.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 182 ist zu streichen.



Artikel 1 Nr. 183 **§ 272 SGB V (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Umstellung des Finanzierungssystems auf ein Fonds-Modell, insbesondere die Einführung eines GKV-einheitlichen Beitragssatzes, die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und die weiterentwickelte Risikoadjustierung im Rahmen des Risikostukturausgleichs ab 2009 würden zu Veränderungen in der Finanzausstattung der Krankenkassen und in der Belastung der Beitragszahler und Arbeitgeber führen. Hierdurch veränderten sich auch die interregionalen Transfers zwischen den Bundesländern.

Um die Veränderungen der interregionalen Transfers zwischen den Ländern zu begrenzen, wird eine Übergangsphase definiert, in der stufenweise eine mögliche zusätzliche Belastung der in einem Land wohnhaften Beitragszahler einen gewissen Schwellenwert nicht übersteigen soll (beim Start des Fonds maximal 100 Mio. Euro). Hierzu sollen die Fondszuweisungen für die Versicherten in den betroffenen Ländern im Durchschnitt „künstlich“ erhöht und in den übrigen Ländern entsprechend „künstlich“ verringert werden.

Geplant ist eine stufenweise Konvergenz der Belastung, indem der Schwellenwert jährlich um 100 Mio. Euro erhöht wird. Das Verfahren soll sein natürliches Ende finden, wenn kein Land mehr die Schwelle von 100 Mio. Euro übersteigt.

Zu diesem Zweck soll ein Vergleich der länderbezogenen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds mit den RSA-Transfers im Status quo (Finanzkraftausgleich und Beitragsbedarfszuweisung) hergestellt werden. Hierzu hat das BVA rechnerisch für die Ausgleichsjahre ab 2009 zusätzlich zur Durchführung des Gesundheitsfonds nach den bis 2008 geltenden Regeln zu verfahren, um den RSA zu simulieren und die Differenz aus beiden Verfahren schätzen zu können.

Die Ermittlung und der Ausgleich von länderbezogenen finanziellen Belastungen durch das BVA soll durch ein wissenschaftliches Gutachten begleitet und überprüft werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Gesundheitsfonds und die Festsetzung eines einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 und Nr. 182, § 271).

Da die vorgesehenen Änderungen im RSA auch ohne die Errichtung des Gesundheitsfonds vorgenommen werden können, wird vorsorglich zum Inhalt dieser Vorschrift Stellung genommen.



Eine Konvergenzphase zur gestuft angeglichenen Finanzwirksamkeit der länderbezogenen Verteilung von Fondszuweisungen wird nachhaltig abgelehnt.

Die Konvergenzphase mit Länderbezug ist der Einstieg in ein System regionaler Gesundheitsfonds. Dies kann nicht im Interesse des Gleichbehandlungsgrundsatzes und des Grundsatzes der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland sein.

Die vorgesehene Regelung bewirkt für den Fall der Überschreitung der maximalen Belastungsbetrages (100 Mio. Euro im ersten Jahr) in einem oder mehreren Bundesländern eine entsprechende Entlastung für die betroffenen Länder und gleichzeitig eine entsprechende Belastung für die übrigen Bundesländer durch Minderung ihrer Fondszuweisungen.

Praktisch ist diese Regelung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Verwaltungsaufwand umsetzbar. Im Status-quo-RSA liegen keine beitragspflichtigen Einnahmen in regionalisierter Form vor. Eine entsprechende Datenübermittlung an die Krankenkassen (seitens der Arbeitgeber, der Bundesagentur für Arbeit, der RV-Träger) und von den Krankenkassen an das BVA existiert heute nicht im notwendigen Umfang (Regionalkennzeichen). Diese Regelung ist folglich derzeit nicht umsetzbar.

Für den Fall, dass eine entsprechende Regelung im weiteren Verfahren ergänzt werden soll, ist festzuhalten, dass eine Umsetzung entsprechender Datenmeldungen bis Ende 2009 nicht oder nur mit erheblichem Aufwand für die Betroffenen realisierbar ist. Hierzu wären alle heutigen Datenmeldungen im Beitragsbereich anzupassen (Regionalkennzeichen), alle Beteiligten (Arbeitgeber, der Bundesagentur für Arbeit, der RV-Träger, Krankenkassen) müssten ihre Softwareprogramme umfangreich anpassen. Es würde ein nicht zu rechtfertigender Verwaltungsaufwand für eine Übergangsregelung ausgelöst. Zudem wäre eine fundierte Schätzung der interregionalen Transferwirkungen und der Transferwirkungen des bisherigen RSA und des Risikopools je Krankenkasse, wie sie die Neuregelung vorsieht, aus analytischen Gründen nicht möglich. Die für eine solide Schätzung notwendigen Daten und Anhaltspunkte z.B. für Entwicklung der bisherigen Versichertengruppen (inklusive der DMP-Versichertengruppen) und der Risikopool-Aufwendungen der betroffenen Versicherten lägen mit der Abschaffung dieser bisherigen Regelungen nicht mehr vor. Diese Datengrundlagen wären auch nur mit unververtretbarem Verwaltungsaufwand parallel zur Einführung des neuen RSA herstellbar, wenn die notwendigen Datenregelungen hierzu ab 2009 fortgeführt würden. Somit wären die interregionalen Transferwirkungen, die auf die RSA-Änderungen einerseits und die „normale“ demografische Entwicklung und die Mitgliederänderungen bei den Krankenkassen andererseits ab 2009 entstehen würden (und auch unter dem bisherigen RSA zu interregionalen RSA-Verschiebungen geführt), nicht mehr voneinander trennbar. Gleiches gilt für zusätzliche interregionale Transferveränderungen, die durch die Einführung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes für die gesamte GKV entstehen würden.

Unklar ist darüber hinaus, wie die Transferwirkungen ermittelt werden sollen, die durch die Einführung des GKV-einheitlichen Beitragssatzes im Vergleich mit der vorherigen kassen



individuellen Beitragssatzgestaltung verursacht würden. Mit der Abschaffung der kassenindividuellen Beitragssätze würde für eine fundierte Schätzung der mit dem GKV-einheitlichen Beitragssatz zu vergleichende durchschnittliche Referenzbeitragssatz des jeweiligen Landes.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 183, § 272 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 184 Buchstabe a), b) und c) § 274 SGB V (Prüfung der Krankenkassen und ihrer Verbände)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) In Absatz 1 werden folgende Änderungen vorgenommen.
- aa) Nach geltendem Recht hat das BMG mindestens alle 5 Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung u.a. bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu prüfen. Die Aufsichten der Länder haben dies u.a. bei den für die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen zuständigen Ausschüssen und der Geschäftsstelle zu tun. Nach der vorgesehenen Änderung soll das BMG künftig diese Prüfungen statt bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen beim Spitzenverband Bund durchführen, die Aufsichten der Länder statt bei den Ausschüssen und der Geschäftsstelle bei der Prüfstelle und dem Beschwerdeausschuss für die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen.
 - bb) In der Vorschrift, die es den Aufsichten ermöglicht, die Prüfungen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung zu übertragen werden entsprechend oben dargestellte Änderung die Spitzenverbände der Krankenkassen gegen den Spitzenverband Bund ausgetauscht und die Ausschüsse und die Geschäftsstelle gegen die Prüfstelle und den Beschwerdeausschuss für die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen.
- b) In der Vorschrift, wonach das BMG das Nähere über die Erstattung der Kosten regelt, werden die Spitzenverbände der Krankenkassen gegen den Spitzenverband Bund ausgetauscht.
- c) Künftig soll der Bundesrechnungshof gesamte die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften prüfen.

B. Stellungnahme

- a) Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aus § 217a SGB V „Einrichtung Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ und aus § 212 SGB V Umwandlung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts und aus der Zusammenlegung von bisherigen Prüfungsausschüssen und Geschäftsstellen zur Prüfstelle nach § 106 SGB V. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund und die Umwandlung der Spitzenverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts ab (zur Begründung siehe die Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a und Nr. 144 § 212 SGB V). Folglich werden auch diese Folgeänderungen – soweit sie sich auf die Spitzenverbände der Krankenkassen beziehen - abgelehnt.



- b) Es handelt sich ebenfalls um redaktionelle Folgeänderungen aus § 217a SGB V „Einrichtung Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ und aus § 212 SGB V Umwandlung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund und die Umwandlung der Spitzenverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts ab (zur Begründung siehe die Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a und Nr. 144 § 212 SGB V). Folglich werden auch diese Folgeänderungen – soweit sie sich auf die Spitzenverbände der Krankenkassen beziehen - abgelehnt.
- c) Die nach der beabsichtigten Neuregelung entstehende Berechtigung und Verpflichtung des Bundesrechnungshofes, die gesamte Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften zu prüfen, ist umfassend und sachlich nicht eingegrenzt. Die in der Begründung des Entwurfs zum Ausdruck kommende Einschränkung des Prüfungsauftrages auf die Fälle, in denen die Krankenkassen gesetzlich begründete Zahlungen des Bundes erhalten, findet sich im Gesetzeswortlaut nicht wieder. Da der künftige Gesetzeswortlaut, wenn er – wie vorliegend – eindeutig ist, die äußerste Grenze der Auslegung darstellt, muß davon ausgegangen werden, dass der Prüfungsauftrag des Bundesrechnungshofes generell besteht und es nicht nur um die Fälle geht, in denen die Krankenkassen deshalb geprüft werden, weil sie gesetzlich begründete Zahlungen des Bundes erhalten haben. Für einen derartigen umfassenden Prüfungsauftrag des Bundesrechnungshofes aber besteht auch schon angesichts des in der Entwurfsbegründung zum Ausdruck kommenden Willens des Gesetzgebers keine Veranlassung und auch keine Rechtfertigung, da – wie in der Entwurfsbegründung zutreffend betont – bereits das geltende Recht Prüfungsrechte des Bundesrechnungshofes vorsieht. Diese sind, wie die §§ 91 Nr. 2, 111, 112, Bundeshaushaltsordnung, § 55 Haushaltsgrundsätzegesetz zeigen, abgestimmt auf die jeweiligen gesetzlich begründeten Zahlungen des Bundes. Der Einfügung des Abs. 4 bedarf es daher nicht.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 184 wird wie folgt geändert:

In Buchstabe a) werden

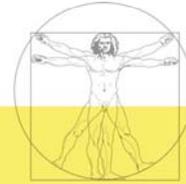
in Doppelbuchstabe aa) die Wörter der Spitzenverbände"bis und" gestrichen,

Doppelbuchstabe bb) gestrichen,

Buchstabe b) gestrichen und

Buchstabe c) gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



GKV
Die Gesetzlichen Krankenkassen



Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe a) § 275 Abs. 1c SGB V (MDK – Begutachtung und Beratung - Abrechnungsprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei Krankenhausbehandlung soll die Prüfung durch den MDK zeitnah durchgeführt werden. Die Prüfung soll spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse eingeleitet und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus angezeigt werden. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, soll die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro entrichten.

B. Stellungnahme

Der Bereich der Krankenhausbehandlung ist der größte Kostenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit 50 Mrd. Euro jährlich wird mehr als ein Drittel der Versicherungsgelder für Krankenhausbehandlung ausgegeben. Es handelt sich hierbei um einen Bereich, der zudem in 2006 eine deutliche Ausgabensteigerung um 4,4 % im Vergleich zum Vorjahr aufweist. Die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst sind ein unverzichtbares Hilfsmittel für die gesetzliche Krankenversicherung, um die Versicherten vor ungerechtfertigten Ausgaben zu schützen, die durch unnötige Krankenhausbehandlung und Falschabrechnung entstehen. Eine Einschränkung der Prüfungsmöglichkeiten der Krankenkassen wird auf Seiten der Krankenhäuser Anreize setzen, Patienten stationär zu behandeln, für die eine ambulante Behandlung die sinnvollere und wirtschaftlichere Alternative wäre. Dies wiederum wird unweigerlich Ausgabensteigerungen zur Folge haben.

Unklar ist, wann und von wem festgelegt wird, dass ein MDK Gutachten „erfolglos“ war (Erstgutachten, Widerspruchsgutachten etc.). Zudem werden bei der heutigen Rechtslage Rechnungskorrekturen auch durch einen unmittelbaren Kontakt der Krankenkasse mit dem Krankenhaus ohne Einschaltung des MDK vorgenommen. Es steht zu befürchten, dass die Krankenhäuser aufgrund der vorgesehenen Neuregelung diese Rechnungskorrektur auf „kurzem Weg“ zukünftig ablehnen, um sich die Möglichkeit von Einnahmen aufgrund der hier vorgenommenen Malus-Regelung offen zu halten. Folglich wird diese Regelung nicht zu einer Reduzierung, sondern zu einer erheblichen Ausweitung der Begutachtungsfälle führen.

Des weiteren führen Begutachtungen des MDK

- bei bis zu 20 Prozent der Begutachtungsfälle zu einer Korrektur oder Ergänzung einer wichtigen OPS ohne Änderung des Rechnungsbetrags oder
- bei bis zu 5 % der Begutachtungsfälle zu einer Erhöhung des Rechnungsbetrags.

In diesen Fällen war die Rechnung unplausibel und korrekturbedürftig, sodass ein Malus absolut ungerechtfertigt wäre. Hieraus wird deutlich, dass eine 100 € Regelung nur Sinn



ergibt, wenn auch für das Krankenhaus Anreize bestehen, korrekt zu kodieren. Dazu könnte vorgesehen werden, dass im Fall einer erfolgreichen Prüfung durch die Krankenkassen der Rechnungsbetrag zusätzlich um 100 € gekürzt wird, um den entstandenen Verwaltungsaufwand zu decken.

Auch die 6-Wochenfrist stellt ein Problem dar. Die vorgesehene Frist von sechs Wochen führt dazu, dass Tatbestände wie nachträgliche Änderungen durch das Krankenhaus oder Sozialgerichtsurteile, die nach der Frist bekannt werden, nicht mehr zu einer Prüfung durch den MDK führen können. Dies ist eine einseitige Benachteiligung der Krankenkassen, da Krankenhäuser weiterhin die Fristen des BGB bzw. der Verträge nach §112 SGB V nutzen können.

Ausdrücklich weisen die Spitzenverbände der Krankenkassen darauf hin, dass der Gesetzgeber sich in der Begründung auf zurückliegende Rechtsprechungen beruft, die das BSG mit seinem Urteil vom 22.07.2004 (B3 KR 20/03) wieder relativiert hat. Aus der jüngsten Rechtsprechung folgt eben nicht, dass die Krankenkassen nach Bundesrecht verpflichtet wären, Krankenhausrechnungen auch dann in voller Höhe zu begleichen, wenn sie schon innerhalb der zweiwöchigen Zahlungsfrist substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend machen. In den entschiedenen Fällen ging es jeweils darum, dass sich die Krankenkassen erst noch schlüssig werden wollten, ob und welche Einwendungen sie gegen die Krankenhausrechnungen erheben. Dies gab ihnen kein Recht, die Bezahlung der Rechnung - bis zum zeitlich ungewissen Abschluss ihrer Prüfung - zu verweigern. Aus der Rechtsprechung des Senats ergibt sich aber auch, dass die Krankenkassen nicht zur Zahlung zu verurteilt sind, wenn sie im Verlaufe eines gerichtlichen Verfahrens ihre Einwände spezifizieren. Dann ist über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung Beweis zu erheben (BSGE 86, 116 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1). Stellt sich die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auch aus seiner Sicht ex-ante als medizinisch nicht vertretbar heraus, ist die Klage in solchen Fällen abzuweisen; das Krankenhaus hätte dann allenfalls einen Anspruch auf Zahlung der vertraglichen Verzugszinsen für die Zeit vom Ablauf der Zahlungsfrist bis zur Spezifizierung der Einwendungen, da die Kasse bei vertragsgemäßigem Verhalten die fälligen Rechnungen zunächst hätte begleichen müssen.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 185 wird Buchstabe a) gestrichen.

Sollte der Buchstabe a) beibehalten werden, wird hilfsweise vorgeschlagen:

In Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe a) wird § 275 Absatz 1c wie folgt gefasst:

"Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist innerhalb einer Frist von 24 Monaten nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei der Krankenkasse einzuleiten und

Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006



durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Korrektur des Abrechnungsbetrags oder der Rechnungsinhalte (Kodierung) führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten. Falls die Prüfung zu einer Korrektur der Rechnung führt, hat das Krankenhaus der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro zu entrichten.“



Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe b)
§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (MDK – Begutachtung und Beratung von Vorsorge- und Rehamaßnahmen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- aa) Zur Entlastung des Medizinischen Dienstes soll die Notwendigkeit medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vor Bewilligung nicht mehr generell, sondern nur noch in Stichproben überprüft werden. Bei beantragter Verlängerung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen soll es bei der regelmäßigen Überprüfung durch den Medizinischen Dienst verbleiben.
- bb) Die Aufgabe, Ausnahmeregelungen festzulegen, wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen.

B. Stellungnahme

- aa) Mit der geplanten Neuregelung soll zukünftig die Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsanträgen vor Bewilligung auf Stichproben beschränkt werden. Diese Beschränkung ist aus folgenden Gründen ausgesprochen problematisch:
 1. Bei der Umsetzung der Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 SGB V hat sich gezeigt, dass nur eine begrenzte Zahl von Vertragsärzten die geforderten Qualifikationsanforderungen für die Verordnung von Rehabilitationsleistungen erfüllt. Selbst die Ärzte, die einen entsprechenden Nachweis erbracht haben, lassen bei der Ausfüllung der Antragsvordrucke Defizite in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) erkennen. Die ICF ist die Grundlage für die Feststellung der Rehabilitationsnotwendigkeit.
 2. Aufgrund der §§ 8 und 10 SGB IX werden den Krankenkassen umfangreiche Aufgaben (Prüfung weiterer Leistungen zur Teilhabe, Koordinierung aller erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe etc.) zugewiesen. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben erfordert eine umfassende medizinische Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls.
 3. Die Position des Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit führt bisher dazu, dass die Krankenkassen nicht alle relevanten Angaben für die Beurteilung der Notwendigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen erhalten.
 4. Aufgrund der Zuständigkeit unterschiedlicher Rehabilitationsträger und des in § 14 SGB IX festgelegten Verfahrens zur Zuständigkeitsklärung mit entsprechenden finanziellen Auswirkungen, ist eine medizinische Einschätzung der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit erforderlich. Auch die Rentenversicherungsträger las



sen jeden Antrag auf Rehabilitationsleistungen im Vorfeld durch ihren eigenen ärztlichen Dienst nochmals prüfen.

5. Die vorgeschlagene Einschaltung des MDK (erstmalig) bei Verlängerungsanträgen hat sich bereits in der Vergangenheit bei der Einführung der AOTR (Ambulante Orthopädisch/Traumatologische Rehabilitation) nicht bewährt. Hier stellte sich heraus, dass in vielen Fällen - obwohl klare Indikationen vorgegeben waren - Versicherte Leistungen in Anspruch genommen haben, bei denen die Notwendigkeit dieser Maßnahmen eindeutig nicht bestand bzw. angezweifelt werden musste. Insbesondere war hier eine Verlagerung der Leistungen aus dem budgetierten Heilmittelbereich zu beobachten.
 6. Bereits heute besteht die Möglichkeit, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen in Ausnahmeregelungen festlegen, welche Anträge nicht durch den MDK begutachtet werden müssen. Aufgrund dramatischer Ausgabensteigerungen mussten diese Ausnahmeregelungen nach Aufforderung durch das BMG im Jahr 1995 eingegrenzt werden. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass die Regelung wiederum zu Ausgabensteigerungen in mehrstelliger Höhe führen wird.
- bb) Die Übertragung der Festlegung von Ausnahmeregelungen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund wird als Folgeregelung aus der vorgesehenen Errichtung eines Spitzenverbandes Bund abgelehnt (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe b) (§ 275 Absatz 2 Nr. 1) wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe c)
§ 275 Abs. 3 Nr. 3 SGB V (MDK – Begutachtung und Beratung – Erweiterung der Aufgaben – Hilfsmittelbewertungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes sollen um das in der Praxis prüfrelevante Feld „Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen“ erweitert werden.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Erweiterung des Aufgabenspektrums bildet die tatsächliche Praxis des Medizinischen Dienstes besser ab. Die Neuregelung wird daher befürwortet.

Im Referentenentwurf über das GKV-WSG war neben der Erweiterung der Aufgaben um die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen noch die Prüfung der Erwerbsfähigkeit eines Empfängers von Arbeitslosengeld II vor Einleitung eines Verfahrens nach § 45 des Zweiten Buches vorgesehen. Diese Aufgabe wurde im Kabinettsentwurf in § 275 Abs. 3 gestrichen. Statt dessen ist nun eine Änderung in Artikel 3 zu § 45 Abs. 2 SGB II vorgesehen, wonach die gemeinsame Einigungsstelle in geeigneten Fällen bei der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit des Arbeitssuchenden als Sachverständigen den Medizinischen Dienst hinzuziehen kann.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Neuregelung zu § 275 Absatz 3 Nr. 3 und 4 sollte allerdings beibehalten werden. Dies begründen wir wie folgt:

Auf Basis des zwischenzeitlich größtenteils in Kraft getretenen Gesetzes zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitssuchende wurden den Krankenkassen im Rahmen des Einigungsstellenverfahrens (zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit) nach dem SGB II ein Initiativrecht sowie eine Teilnahmeberechtigung am Einigungsstellenverfahren eingeräumt.

Im Rahmen dieses Verfahrens ist vorgesehen, dass die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, der Feststellung der Agentur für Arbeit widersprechen kann. Der Widerspruch ist zu begründen (vgl. § 44a Abs. 1 SGB II).

Bei der Begründung des Widerspruchs ist die Krankenkasse unter anderem auf medizinische Gutachten angewiesen. Die vorgesehene Neuregelung trägt dieser Anforderung durch die Möglichkeit der Einschaltung des MDK Rechnung. Sie ist daher zu begrüßen.

Allerdings ist auch klarzustellen, dass die im Vorfeld von der Krankenkasse beim MDK in Auftrag gegebenen Gutachten auch tatsächlich Gegenstand des Einigungsstellenverfahrens werden können.



C. Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 185 Buchstabe c) sollte wie folgt gefasst werden:

In Absatz 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern angefügt:

- "3. die Erwerbsfähigkeit eines Empfängers von Arbeitslosengeld II vor Einleitung eines Verfahrens nach § 45 des Zweiten Buches,
4. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen."



Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe d) § 275 Abs. 4 SGB V (MDK – Begutachtung und Beratung – andere Aufgaben und Gutachterdienste)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V genannten Aufgaben auch andere Gutachterdienste zu Rate ziehen können. Zu den Aufgaben zählt insbesondere die Beratung zu allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung, zu Fragen der Qualitätssicherung, bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern, bei den gemeinsamen Ausschüssen von Ärzten und Krankenkassen und bei den Prüfungsausschüssen.

B. Stellungnahme

- 1.) Die Beauftragung anderer Gutachterdienste für diese Aufgabe ist problematisch, weil diese die notwendige fachliche Unabhängigkeit nicht gewährleisten können. Die fachliche Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes sichert das Vertrauen der Versicherten und Arbeitgeber sowie der Krankenkassen in die medizinische Beratung und Begutachtung des Medizinischen Dienstes. Auf die Möglichkeit, andere Gutachterdienste beauftragen zu können, sollte verzichtet werden.
- 2.) In § 275 Abs. 4 sind sowohl wettbewerbsrelevante Beratungsfelder, die nur einzelnen Auftraggebern (Krankenkasse, Verband) zu Gute kommen, genannt als auch Themenfelder, die die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich betreffen. Die Zusammenfassung dieser Aufgaben ist problematisch, da die Finanzierung auch der gemeinsamen und einheitlichen Aufgaben nach der Neufassung des § 281 Abs. 1a durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu erfolgen hat. In der Konsequenz würde sich die Nutzerfinanzierung auch auf diejenigen Aufträge von den Gremien (z.B. des gemeinsamen Bundesausschusses) erstrecken, in denen die Kostenträger gemeinsam durch den medizinischen Dienst unterstützt werden. Im Gegensatz zur Umlagefinanzierung würde diese Regelung einen enormen bürokratischen Beauftragungs- bzw. Abstimmungsaufwand verursachen.

C. Änderungsvorschlag

Ad 1.) Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe d) wird gestrichen.

Ad 2.) Der § 275 Abs. 4 SGB V wird auf die Aufgabenfelder begrenzt, bei denen der Medizinische Dienst alle gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich unterstützt. Die Finanzierung dieser Aufgaben erfolgt gemäß des neugefassten § 281 Abs. 1 nutzerfinanziert.



In einem neuen § 275 Abs. 4a werden wettbewerbsrelevante Tätigkeiten aufgenommen, die gemäß § 281 Abs. 1a durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu finanzieren sind.

Formulierungsvorschlag § 275 Abs. 4 SGB V:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3a genannten Aufgaben den medizinischen Dienst im notwendigen Umfang zu Rate ziehen, sofern sie Aufgaben betreffen, denen gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen der Spitzenverbände zugrunde liegen. Hierzu zählt insbesondere die Beratung der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen.“

Formulierungsvorschlag für § 275 Abs. 4a SGB V:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände können bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3a genannten Aufgaben, denen keine gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidung der Spitzenverbände zugrunde liegt, im notwendigen Umfang den medizinischen Dienst zu Rate ziehen.“



Artikel 1 Nr. 186 **§ 276 SGB V (MDK – Zusammenarbeit)**

C. A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Aus Gründen der Rechtsklarheit wird die Vorschrift, aufgehoben, wonach die Krankenkassen dem medizinischen Dienst beauftragen können, Datenbestände auszuwerten. Der Inhalt wird in die unter b) dargestellte Änderung übernommen.
- b) Der neu vorgesehene Absatz 2a ermöglicht den Krankenkassen, nicht nur – wie bisher schon – den medizinischen Dienst zu beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträge nach § 275 Absatz 4 auszuwerten. Die Neufassung ermöglicht die Beauftragung anderer Gutachterdienste und beschränkt die bislang vorgesehene generelle Anonymisierung von Sozialdaten vor deren Übermittlung auf den besonders schützenswerten Versichertenbezug der Sozialdaten.

D. B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neuregelung des § 275 Absatz 4, die es den Krankenkassen ermöglichen soll, insbesondere bei allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse, auch andere Gutachterdienste als den Medizinischen Dienst zu beauftragen.

Es wird auf die Stellungnahme zur beabsichtigten Neuregelung zu § 275 Absatz 4 SGB V verwiesen. Danach soll auf die Möglichkeit, andere Gutachterdienste beauftragen zu können, verzichtet werden.

Bei Analysen zu Versorgungsfragen kann es erforderlich sein, unter Hinzuziehung von Daten des Medizinischen Dienstes Längsschnittuntersuchungen vorzunehmen. Anonymisierte Daten sind dafür nicht verwertbar. Deshalb sollten die Sozialdaten vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst pseudonymisiert werden.

E. C. Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag für Artikel 1 Nr. 186 b) (§ 276 Abs. 2a):

„(2a) Ziehen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst zu Rate, können sie ihn mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde beauftragen, Datenbestände leistungserbringer- oder fallbezogen für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Aufträge nach § 275 Abs. 4 und 4a auszuwerten; die versichertenbezogenen Sozialdaten sind vor der Übermittlung an den Medizinischen Dienst zu pseudonymisieren. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“



Artikel 1 Nr. 187

§ 278 SGB V (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - Organisation - Arbeitsgemeinschaft)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 278 Absatz 2 sind Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften "Medizinischer Dienst": die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen. Nach der vorgesehenen Änderung sollen anstelle der Verbände der Ersatzkassen die Ersatzkassen selbst Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften "Medizinischer Dienst der Krankenversicherung" sein.

B. Stellungnahme

Der Übergang der Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst wird abgelehnt. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e, § 212 Absatz 5. Die Änderung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 187 wird gestrichen.

Sollte der Artikel 1 Nr. 187 beibehalten werden, wird hilfsweise vorgeschlagen, in Analogie zu den sonstigen Änderungen, bei denen die Verbände der Ersatzkassen gestrichen werden (Inkrafttreten zum 01.01.2008), diese Regelung ebenfalls erst zum 01.01.2008 wirksam werden zu lassen.



Artikel 1 Nr. 188

§ 280 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Aufgaben des Verwaltungsrates)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass in den Richtlinien der einzelnen MDK nicht nur die Empfehlungen, sondern auch die Richtlinien nach § 282 SGB V (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) zu berücksichtigen sind.

Dabei soll es sich aber nicht mehr um Richtlinien und Empfehlungen der heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen, sondern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen handeln.

B. Stellungnahme

Die Klarstellung bzgl. der Beachtung der Richtlinien nach § 282 wird begrüßt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch Richtlinien und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund im Rahmen des § 282 SGB V ab.

C. Änderungsvorschlag

Die Wörter „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ sind durch die Wörter „der Spitzenverbände der Krankenkassen“ zu ersetzen (ausführliche Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V).



Artikel 1 Nr. 189

§ 281 Abs. 1 und 1a SGB V (Medizinischer Dienst – Organisation - Finanzierung und Aufsicht)

A. Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Es soll streng zwischen der Umlagefinanzierung für die Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1 bis 3a SGB V einerseits und der Nutzerfinanzierung für die Aufgaben nach § 275 Abs. 4 SGB V andererseits unterschieden werden. Für die Umlagefinanzierung sollen die Mittel im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen.

bb) Maßgeblich sind die Mitgliederzahlen nach KM 6 zum 01.07. eines Jahres.

b) Leistungen der Medizinischen Dienste bzw. anderer Gutachterdienste nach § 275 Abs. 4 SGB V sind vom Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Eine Verwendung von Umlagemitteln zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen.

F. B. Stellungnahme

a)

aa) Die Umlagefinanzierung entspricht der Aufgabenstellung der Medizinischen Dienste und ist grundsätzlich beizubehalten. Allerdings sollte sich die Umlagefinanzierung auch auf die Aufgaben gemäß des neuen Formulierungsvorschlags zu § 275 Abs. 4 erstrecken.

Dagegen sollte die Nutzerfinanzierung für Aufträge mit wettbewerblichem Charakter gemäß des neuen Formulierungsvorschlags zu § 275 Abs. 4a vorgesehen werden.

C. Änderungsvorschlag

Formulierungsvorschlag für Artikel 1 Nr. 189 in Verbindung mit dem Änderungsvorschlag zu § 275 Abs. 4 und 4a:

In Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) wird die Ziffer „3a“ durch die Ziffer „4“ ersetzt.

In Buchstabe b) wird die Ziffer „4“ durch die Ziffer „4a“ ersetzt.



Artikel 1 Nr. 190 **§ 282 SGB V (Koordinierung auf Bundesebene)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll zum 1. Januar 2008 den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts bilden. Bisher ist der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen eine Arbeitsgemeinschaft.

Die gesetzlichen Aufgaben des Medizinische Dienstes des Spitzenverbandes Bund sollen über die heutigen gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen hinausgehen. Neu wäre, dass er den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen im Zusammenhang mit den diesem zugewiesenen Aufgaben beraten und die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen koordinieren und fördern soll. Neu wäre auch, dass die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen haben. Die bisher den Spitzenverbänden der Krankenkassen zugewiesene Kompetenz, Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung zu erlassen, die nach der vorgesehenen Änderung des § 280 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 bei den von den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzustellenden Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes berücksichtigt werden sollen, und im Übrigen Empfehlungen abzugeben, wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Beratung und Begutachtung ist das gemeinschaftliche Handeln der Medizinischen Dienste auszubauen. Dazu ist das Aufgabenspektrum sowie die Koordinierungsfunktion des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zu erweitern.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben hierzu dem BMG am 23. August 2006 einen konkreten Änderungsvorschlag zukommen lassen. Dieser Vorschlag wurde durch das BMG bislang nicht aufgegriffen. Mit dem konkreten Änderungsvorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen erfolgt die klarstellende Ergänzung, dass die Arbeitsgemeinschaft den Namen "Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)" trägt und in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins gebildet ist. Ebenso werden die Aufgaben des MDS, die er seit seinem Bestehen wahrnimmt, klargestellt. Darüber hinaus wird die Beratungsfunktion des MDS gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschrieben. Die Spitzenverbände können den Medizinischen Dienst für die Beratung aller medizinischen Fragen beauftragen, die sich für die Spitzenverbände im Rahmen der



von ihnen zu erledigenden Aufgaben ergeben. Abschließend werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich zu beschließende Richtlinien aufgeführt. Die Funktion von Richtlinien ist es, dass sie von allen MDK und den Krankenkassen umgesetzt werden. Deshalb bedürfen Richtlinien entsprechender Akzeptanz. Dem wird mit der vorgeschlagenen Neuregelung Rechnung getragen, indem festgelegt wird, dass Richtlinien von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit dem MDS und den MDK vorbereitet und damit nicht einseitig vorgegeben werden. Dieses Vorgehen fördert zugleich die Praktikabilität und Umsetzbarkeit der Richtlinien.

Aus welchem Grunde die Rechtsform „Körperschaft des öffentlichen Rechts“ (bisher eingetragener Verein) gewählt wird, lässt sich der Gesetzesbegründung nicht entnehmen. Es ist zu bezweifeln, ob es zur Erreichung der erwähnten Ziele der Rechtsform „KdöR“ bedarf. Auch ist nicht erkennbar, dass diese Rechtsform besser geeignet ist, eines der anderen von der Bundesregierung propagierten Ziele des Gesetzesvorhabens (insb. mehr Wettbewerb, weniger Bürokratie) zu erreichen. Eher scheint der Status der Körperschaft öffentlichen Rechts ein Element der Strategie der Verstaatlichung der Steuerung der GKV zu sein. Sollte es bei der Rechtsform „KdöR“ bleiben, wäre zu hinterfragen, ob nicht auch Regelungen zur Organisation des MDS (Organe etc.) gesetzlich festgelegt werden müssten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Errichtung eines Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund ab. Sie plädieren für die Erhaltung der Spitzenverbände der Krankenkassen (siehe dazu die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 144, § 212 SGB V) und den Erhalt des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen.

C. Änderungsvorschlag

(Entsprechend dem Änderungsvorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 23. August)

§ 282 wird wie folgt gefasst:

- (1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen bilden die Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)“ als eingetragenen Verein.
- (2) Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen berät die Spitzenverbände der Krankenkassen in allen medizinischen Fragen der diesen zugewiesenen Aufgaben. Er koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen.



- (3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien, insbesondere
1. zur Auswahl der Begutachtungsfälle sowie zur Sicherstellung einer einheitlichen Beratung und Begutachtung,
 2. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit den Medizinischen Diensten
 3. zur Durchführung von über den Einzelfall hinausgehenden Strukturprüfungen
 4. zur Qualitätssicherung der Beratung und Begutachtung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
 5. über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken sowie zum Verfahren zu deren Übermittlung,
 6. zur Qualifizierung der Gutachter (Fort- und Weiterbildung).

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bereiten die Richtlinien in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vor. Sie sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Krankenkassen verbindlich. Im Übrigen können die Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen abgeben.



**Artikel 1 Nr. 191
§ 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 284 regelt, welche Sozialdaten die Krankenkassen erheben und speichern dürfen. In Absatz 1, Satz 1 sollen folgende Änderungen vorgenommen werden.

- a) Der Verweis auf § 85 d (Vergütung ärztlicher Leistungen in 2007) in Nr. 12 wird gestrichen
- b) In Nr. 13 wird ergänzt, dass auch Sozialdaten für „die Durchführung des Versorgungsmanagements nach § 11 Abs. 4“ erhoben und gespeichert werden dürfen.

B. Stellungnahme

Den Änderungen wird zugestimmt (§ 85 d wird aufgehoben; für das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 müssen Daten erhoben und gespeichert werden).

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 191a NEU § 284 Abs. 1 Nr. 15 SGB V (Grundsätze der Datenverwendung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Vorschrift regelt, in welchen Fällen das Erheben und Speichern von Sozialdaten durch die Krankenkassen zulässig ist. Eine Neuregelung wurde vom Gesetzgeber bisher nicht vorgesehen .

B. Stellungnahme

Seit Einführung des § 197 a SGB V durch das Gesetz vom 14.11.2003 besteht Unklarheit über Art und Umfang der Verwendung von Sozialdaten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe durch die Krankenkasse. Ferner besteht bisher nicht ausreichend Rechtsklarheit hinsichtlich der Übermittlungsbefugnis von Sozialdaten insbesondere unter den der in § 197 a SGB V benannten Stellen. Mit der Einfügen der Nr. 15 in § 284 Absatz 1 erfolgt eine Klarstellung, dass Sozialdaten auch für die Zwecke der in § 197 a SGB V benannten Aufgabe zulässig ist.

C. Änderungsvorschlag

"15. die Erfüllung der Aufgabe nach § 197 a SGB V erforderlich ist.



Artikel 1 Nr. 192

§ 285 SGB V (Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 285 Abs. 2 wird die Angabe Absatz 1 Nr. 5,6 sowie § 106a durch die Angabe Absatz 1 Nr. 2,5,6 sowie §§ 106a und 305 ersetzt.

B. Stellungnahme

Durch die Änderung erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Kompetenz, die zur Durchführung der Vereinbarung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß §§ 85a und b sowie gemäß § 87 benötigten versichertenbezogenen Daten im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 1 Nr. 193,
§ 290 Abs. 2 SGB V (Krankenversichertennummer)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe einer eventuellen Weiterentwicklung der Richtlinien zum Aufbau und Vergabeverfahren der neuen Krankenversichertennummer wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch diese Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund der Krankenversicherung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 193 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 194, § 291 SGB V (Krankenversichertenkarte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass die Gesundheitskarte den Nachweis zur Berechtigung der Inanspruchnahme von Leistungen auch unter Berücksichtigung von Tarifen nach § 53 SGB V erbringen kann. Außerdem wird die Möglichkeit eröffnet, die Gesundheitskarte auch für den Nachweis von zusätzlichen Vertragsverhältnissen zu nutzen.
- b) Die Aufgabe der Vereinbarung über die bundesweite Gestaltung der Krankenversichertenkarte mit den Leistungserbringern wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.
- c) Die Entscheidung zur möglichen Weiternutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch die Versicherten nach einem Wechsel der Krankenkasse wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

- a) Die Vorschrift wird für zukünftige Optionen als zielführend erachtet. Als weitere Ergänzung sollten Kennzeichen über geleistete Zuzahlungen, insbesondere die Praxisgebühr, als Angaben in die Versichertendaten aufgenommen werden.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a). Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarung über die bundesweite Gestaltung der Krankenversichertenkarte mit den Leistungserbringern von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- c) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a). Folglich wird auch der Übergang der Entscheidung zur möglichen Weiternutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch die Versicherten nach einem Wechsel der Krankenkasse von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

In Verbindung mit Artikel 1 Nr. 32, § 52a SGB V wird vorgeschlagen, mittels der Krankenversichertenkarte einen Hinweis über den Ablauf eines eingeschränkten Leistungsanspruchs zu ermöglichen. Hintergrund ist die Intention, Leistungsansprüche für Personen auszuschließen, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland nur deshalb begründen, um über die geplante Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder



einer darauf beruhenden Familienversicherung Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen. Dazu wird eine Wartezeitregelung analog zu § 27 Abs. 2 SGB V (Versorgung mit Zahnersatz für Versicherte mit begrenztem Aufenthalt im Inland) vorgeschlagen, nach der innerhalb von 12 Monaten nach Zuzug in die Bundesrepublik Deutschland nur unaufschiebbare Leistungen in Anspruch genommen werden können. Durch eine entsprechende Dokumentation des eingeschränkten Leistungsanspruchs wird für Leistungserbringer die notwendige Transparenz hergestellt, um Missbrauch zu verhindern.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 194 wird wie folgt geändert:

Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

a) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Hinter Nr. 9 wird folgende Nr. 10 eingefügt:

“in den Fällen des § 52 a SGB V Tag des Endes des eingeschränkten Leistungsanspruchs;“

bb) Die bisherige Nr. 10 wird Nr. 11.

Der bisherige Buchstabe a) wird Buchstabe b) und wie folgt geändert:

In Doppelbuchstabe aa) werden nach der Angabe „§ 53“ ein Komma und die Worte “über geleistete Zuzahlungen“ eingefügt.

Die alten Buchstaben b) und c) sind zu streichen.



Artikel 1 Nr. 195 **§ 291a SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Neuregelung soll bewirken, dass bei der Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und deren Einsatz durch ihre Versicherten die gleichen Vorschriften gelten wie in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- b)
 - aa) Nach geltendem Recht sind folgende Organisationen gesetzlich beauftragt die Telematikinfrastruktur zu schaffen: die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene. An die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen soll nach der vorgesehenen Neuregelung der Spitzenverband Bund treten.
 - bb) Nach geltendem Recht wird die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik durch eine Vereinbarung der oben genannten Spitzenorganisationen geregelt. Nach der vorgesehenen Neuregelung entfällt die Rechtsgrundlage für diese Vereinbarung.
 - cc) An die Stelle der Finanzierungsvereinbarung für die Gesellschaft für Telematik soll künftig eine gesetzliche Regelung treten. Danach soll die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik unmittelbar durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll ab 1. Januar 2008 an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 € pro Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen. Die Höhe des Betrages soll das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen können.
 - dd) Es soll eine redaktionelle Anpassung in der Vorschrift vorgenommen werden, wonach die Ausgaben für die Schaffung der Infrastruktur der Telematik bei den Verbänden der Krankenkassen nicht zu den budgetierten Verwaltungskosten zählen.
- c) Nach geltendem Recht wird zur Deckung des Anteils der Krankenhäuser an der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik ein Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall erhoben. Da die Gesellschaft für Telematik künftig ausschließlich vom Spitzenverband Bund finanziert werden soll, soll diese Vorschrift ebenso wie die Vorschrift, die vorgibt, wie die Krankenhäuser mit diesen Zuschlägen zu verfahren haben, gestrichen werden.



- d)
- aa) Nach geltendem Recht erhalten die betroffenen Leistungserbringer nutzungsbezogene Zuschläge von den Krankenkassen. Das Nähere dazu wird in Vereinbarungen der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker geregelt. Künftig sollen diese Vereinbarungen auf der Kassenseite vom Spitzenverband Bund statt von den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen werden.
 - bb) Nach geltendem Recht werden die Kosten der Gesellschaft für Telematik in der Festlegungs- und Erprobungsphase für einen Übergangszeitraum über einen Zuschlag zu jedem Abrechnungsfall in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung finanziert. Diese Regelung soll aufgehoben werden.
- e) Die Regelung für den Fall, dass eine Vereinbarung zur Finanzierung der Gesellschaft Telematik zwischen den Beteiligten nicht zustande kommt, wird aufgehoben.
- f) Kommt eine Vereinbarung der zur Schaffung der Telematikinfrastruktur verpflichteten Organisationen (siehe oben) zur Finanzierung der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist nicht zustande, treffen nach geltendem Recht die Spitzenverbände der Krankenkassen jeweils entsprechende einzelne Vereinbarungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker. Dies soll nach der vorgesehenen Neuregelung der Spitzenverband Bund übernehmen.
- g)
- aa) Kommt eine Vereinbarung zwischen den für die Telematikinfrastruktur zuständigen Spitzenorganisationen zur Finanzierung der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb entstehen, nicht zustande, bilden sie nach geltendem Recht eine gemeinsame Sachverständigenkommission. In dieser Vorschriften sollen redaktionelle Folgeänderungen in den Verweisen auf andere Vorschriften vorgenommen werden.
 - bb) Nach geltendem Recht besteht die Sachverständigenkommission aus jeweils 2 Mitgliedern, die von den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und den Spitzenverbänden der Krankenkassen berufen werden sowie einem oder einer unparteiischen Vorsitzenden. An die Stelle der Vertreter der Spitzenverbände sollen nach der vorgesehenen Neuregelung Vertreter des Spitzenverbandes Bund treten.
 - cc) Nach geltendem Recht ist die von dieser Kommission abzugebende Empfehlung innerhalb eines Monats in der Finanzierungsvereinbarung der Spitzenorganisationen zu berücksichtigen. In dieser Vorschrift soll eine redaktionelle Folgeänderung in einem Verweis auf eine andere Vorschrift vorgenommen werden.



B. Stellungnahme

- a) Die Vorschrift wird für zielführend erachtet.
- b)
- aa) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Kompetenzen im Rahmen der Schaffung der Telematikinfrastruktur von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.
 - bb) Es besteht keine Notwendigkeit, die Finanzierung der gematik künftig gesetzlich vorzugeben, da bereits eine Vereinbarung zur Finanzierung der gematik zwischen den Gesellschaftern der gematik abgeschlossen wurde. Danach tragen die Krankenkassen bis zum 31.12.2007 die im Rahmen der Finanzierung der gematik anfallenden Kosten zu 100% auf Basis eines jährlich zu erstellenden Haushaltsplans. Für die Zeit nach dem 31.12.2007 sieht die Finanzierungsvereinbarung vor, dass die Kosten der gematik zu 50% von den Leistungserbringern und zu 50% von den Kostenträgern getragen werden. Aufgrund der prognostizierten asymmetrischen Kosten-Nutzen-Verteilung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollen die Kosten der Leistungserbringer entsprechend dem generierten Nutzen über Zuschläge refinanziert werden. Eine gesetzliche Regelung, insbesondere eine gesetzliche Regelung, nach der die kompletten Kosten durch die Krankenkassen unabhängig vom Nutzen der Leistungserbringer zu erbringen sind, wird von den Spitzenverbänden abgelehnt.
 - cc) Die vorgesehene Regelung zur künftigen Finanzierung sieht keine Beteiligung des PKV-Verbandes, der ebenfalls Gesellschafter der gematik ist, an der Finanzierung vor. Eine Beteiligung der Leistungserbringer an den Kosten der gemeinsamen Gesellschaft gematik ist selbst dann nicht vorgesehen, wenn durch zukünftige Anwendungen beim Leistungserbringer mehr Nutzen als Kosten generiert werden. Dies sieht dagegen die ursprüngliche Finanzierungsvereinbarung der beteiligten Spitzenorganisationen vor, indem sie die Vergütungszuschläge zur Refinanzierung der Kosten, die den Leistungserbringern im Rahmen der Telematik-Gesellschaft entstehen, zeitlich befristet.

Nicht sachgerecht ist ebenfalls, dass das BMG die Höhe des Betrages, den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Gesellschaft zu entrichten hat, per Rechtsverordnung festlegen soll. Hierdurch würde dem BMG indirekt eine verstärkte Einflussmöglichkeit auf die Arbeit der gematik gegeben. Es ist davon auszugehen, dass der Mittelbedarf der Gesellschaft regelmäßig von den gesetzlich festgelegten 1,00 € pro Mitglied abweichen wird, so dass hier jährlich eine Rechts



verordnung des BMGs notwendig wäre. Dieses entspricht nicht dem Sinn einer Verwaltungsvereinfachung. Die Finanzierung sollte weiterhin nach einem jährlich aufzustellenden Haushaltsplan der gematik entsprechend des Gesellschaftsvertrags erfolgen.

- dd) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb). Da letztere von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird, ist aus ihrer Sicht auch diese Folgeänderung verzichtbar.
- c) Es handelt sich auch hier um eine Folgeänderung zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb). Da letztere von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird, ist aus ihrer Sicht auch diese Folgeänderung verzichtbar
- d)
 - aa) Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Kompetenz zum Abschluss zu Vereinbarungen zur Finanzierung der nutzerbezogenen Zuschläge für die betroffenen Leistungserbringer von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.
 - bb) Es handelt sich auch hier um eine Folgeänderung zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb). Da letztere von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird, ist aus ihrer Sicht auch diese Folgeänderung verzichtbar.
- e) Es handelt sich auch hier um eine Folgeänderung zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb). Da letztere von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird, ist aus ihrer Sicht auch diese Folgeänderung verzichtbar.
- f) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Kompetenz zum Abschluss von Vereinbarungen zur Finanzierung der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten bei den Leistungserbringern von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.
- g)
 - aa) Es handelt sich auch hier um eine Folgeänderung zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb). Da letztere von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird, ist aus ihrer Sicht auch diese Folgeänderung verzichtbar. Es ist anzumerken, dass der Verweis auf "§ 7a Satz 6" "Absatz 7a Satz 6" heißen muss.
 - bb) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Kompetenz zur Berufung einer Sachverständigenkommission für die Vereinbarung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.



- cc) Es handelt sich auch hier um eine Folgeänderung zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb. Da letztere von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt wird, ist aus ihrer Sicht auch diese Folgeänderung verzichtbar.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 195 wird wie folgt geändert:

Buchstaben b, c, d, e), f) und g) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 196 **§ 291b SGB V (Gesellschaft für Telematik)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die beabsichtigte Neuregelung beschreibt in groben Zügen das Prüfungs- und Zulassungsverfahren der Gesellschaft für Telematik für die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur. Ferner werden Regelungen für die Durchführung von Betriebsaufgaben festgelegt. Die Regelungen stellen u.a. klar, dass die Gesellschaft für Telematik bzw. die von ihr beauftragten Organisationen den operativen Betrieb von Komponenten, Diensten und Schnittstellen der Telematikinfrastuktur nicht durchführen dürfen, diese Leistungen vielmehr von Anbietern zu erbringen sind.
- b)
 - aa) Folgeregelung aus der Bestimmung, dass nicht mehr die Spitzenverbände der Krankenkassen, sondern der neu zu gründende Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Schaffung der Telematikinfrastuktur auf Seiten der Kostenträger übernimmt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll demzufolge anstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik werden.
 - bb) Redaktionelle Änderung aufgrund der veränderten Bezeichnung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, der zukünftig Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit heißen soll.
- c) Es soll klargestellt werden, dass auch in dem Fall, in dem die Gesellschaft für Telematik aufgelöst wird und das BMG von seinem Recht Gebrauch macht und eine der für die Telematikinfrastuktur zuständigen Spitzenorganisationen zur Errichtung der Gesellschaft verpflichtet, die Regelungen des § 291a Absatz 7 Satz 5 bis 7 SGB V entsprechend gelten (vgl. Artikel 1 Nr. 197 § 291a SGB V). Nach dieser Regelung soll der Spitzenverband Bund ab 1. Januar 2008 an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro pro Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen. Die Höhe des Betrages soll vom Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft durch Rechtsverordnung angepasst werden können.
- d) Folgeänderung aus Buchstabe c.) Nach geltendem Recht müssten im Falle der Verpflichtung einer Spitzenorganisation zur Gründung der Gesellschaft für Telematik die Spitzenverbände der Krankenkassen die Finanzierung durch eine Umlage gewährleisten. Dabei hätten sie die Mittel im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Kassen aufzubringen. Die entsprechenden Vorschriften werden aufgehoben.



- e) Redaktionelle Änderung aufgrund der veränderten Bezeichnung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, der zukünftig Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit heißen soll.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände gehen davon aus, dass die Neuregelung nicht die Verpflichtung zur Ausschreibung des Versichertenstammdaten-Betriebes und anderer, außerhalb der Telematikinfrastruktur angesiedelten Dienste, die auf Bestandsdaten der Krankenkassen zugreifen, beinhaltet. Aus datenschutzrechtlichen, wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen müssen die Krankenkassen die Möglichkeit behalten, diese Komponenten in eigener Regie oder in Kooperation mit bereits heute für diese Krankenkassen tätigen Rechenzentren zu betreiben. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass ähnliche Funktionen bereits heute schon in den Bestandssystemen der Krankenkassen vorhanden sind. Beispielsweise liegt der Versichertenstammdatendienst außerhalb der Grenzen der Telematikinfrastruktur (wie auch die heutige Versichertenbestandsführung) und gehört zum originären Geschäft der Krankenkassen. Die zu realisierende Neuerung betrifft lediglich die Schnittstelle in die Telematikinfrastruktur zum einzelnen Leistungserbringer. Den Krankenkassen muss es daher unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten möglich sein, die heute bestehende technische Infrastruktur zu nutzen.
- b)
- aa) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der Mitträgerschaft für die Gesellschaft für Telematik von den Spitzenverbänden auf den Spitzenverband Bund ab.
- bb) Gegen die Änderung bestehen keine Bedenken.
- c) Die Spitzenverbände lehnen die Neuregelung der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik nach § 291a Absatz 7 Satz 5 und 6 ab. Sie lehnen deshalb diese Regelung auch für den speziellen Fall ab, dass die Gesellschaft für Telematik durch eine dazu vom Bundesministerium für Gesundheit verpflichteten Spitzenorganisation gegründet wird.
- d) Die zur Aufhebung vorgesehenen Vorschriften würden nicht mehr gebraucht, wenn die in § 291a Absatz 7 Satz 5 – 6 vorgesehene Finanzierungsregelung in Kraft treten würde. Da die Spitzenverbände für die Beibehaltung der jetzigen Finanzierungsregelung plädieren (Vereinbarung durch die beteiligten Spitzenorganisationen), lehnen sie die vorgesehenen Aufhebungen ab.
- e) Gegen die redaktionelle Folgeänderung zum Bundesbeauftragten für den Datenschutz bestehen keine Bedenken.



C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 196 wird wie folgt geändert:

In Buchstabe b) wird Doppelbuchstabe aa) gestrichen.

Die Buchstaben c) und d) werden gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 197 Buchstaben a), Doppelbuchstaben aa) und bb), b), c), Doppelbuchstaben aa) und bb) und d), Doppelbuchstaben aa), bb), cc) und dd)
§ 293 SGB V (Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Die Krankenkassen verwenden im Schriftverkehr, einschließlich des Einsatzes elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger, beim Datenaustausch, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für Abrechnungszwecke mit den anderen Trägern der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit sowie mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitgliedern bundeseinheitliche Kennzeichen. Hierfür dient das Institutionskennzeichen (IK). Die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, der Gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, der Bundesanstalt für Arbeit und der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung haben dazu eine Arbeitsgemeinschaft gebildet, die die IK-Daten maschinell verarbeitet und den beteiligten Stellen zur Verfügung stellt.

Künftig sollen die Versorgungsverwaltungen der Länder in dieses Verfahren mit einbezogen werden.

bb) Die Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen an der Vereinbarung der Art und des Aufbaus der Kennzeichen und des Verfahrens der Vergabe und ihrer Verwendung soll durch die Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ersetzt werden. Außerdem soll die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft gesetzlich vorgegeben werden.

b) In Absatz 2 wird redaktionell die Aufzählung der beteiligten Organisationen durch die Wörter " Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 1 Satz 2 ersetzt.

c)

aa) Nach geltendem Recht stellen die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung den Spitzenverbänden der Krankenkassen die bundesweiten Verzeichnisse der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bzw. Zahnärzte zur Verfügung; Änderungen der Verzeichnisse sind den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln. Künftig sollen die Verzeichnisse dem Spitzenverband Bund zur Verfügung gestellt werden.

bb) Nach geltendem Recht stellen die Spitzenverbände ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen die Verzeichnisse zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit



der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung. Künftig soll dies der Spitzenverband Bund übernehmen.

d)

- aa) Nach geltendem Recht führt die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Verfügung. Künftig soll das Verzeichnis an den Spitzenverband Bund übermittelt werden.
- bb) Änderungen des Verzeichnisses sind nach geltendem Recht den Spitzenverbänden in monatlichen oder kürzeren Abständen zu übermitteln, künftig sollen die Änderungen dem Spitzenverband Bund übermittelt werden.
- cc) Nach geltendem Recht stellen die Spitzenverbände das Verzeichnis ihren Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen zur Verfügung. Künftig soll diese Aufgabe der Spitzenverband Bund übernehmen.
- dd) Nach geltendem Recht sind weitere Anbieter von Arzneimitteln bezüglich der in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen auskunftspflichtig, künftig gegenüber dem Spitzenverband Bund.

B. Stellungnahme

a)

- aa) Grundsätzlich bestehen gegen die Einbeziehung der Versorgungsverwaltungen der Länder keine Bedenken, soweit sie sich an den Kosten des Verfahrens beteiligen. Dazu ist es notwendig, dass sie der zwischen den am Verfahren Beteiligten abgeschlossenen Rahmenvereinbarung beitreten.
- bb) Gegen die gesetzliche Vorgabe der Bildung einer Arbeitsgemeinschaft bestehen keine Bedenken, da eine solche von den Beteiligten bereits gebildet wurde. Bedenken bestehen allerdings dagegen, dass statt der Spitzenverbände der Krankenkassen heute künftig der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Mitglied der Arbeitsgemeinschaft sein soll. Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung aus der Einrichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

b) Gegen diese redaktionelle Änderung bestehen keine Bedenken.

c) – d) Hierbei handelt es sich um Folgeänderungen aus der Einrichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines



Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich werden auch diese Folgeänderungen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 197 wird wie folgt geändert:

Unter Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) werden die Wörter "Der Spitzenverband Bund" durch die Wörter "Die Spitzenverbände" ersetzt.

Die Buchstaben c) und d) werden gestrichen.



Artikel 1 Nr. 198 **§ 295 SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 295 SGB V Abrechnung ärztlicher Leistungen

- Absatz 1b: Regelung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen

B. Stellungnahme

Die Regelung auf Bundesebene zu Fragen der Datenübermittlung wird begrüßt.

Begründet wird dies mit dem Erfordernis gemeinsamen und einheitlichen Handelns bei der Regelung zur elektronischen Datenübermittlung bei der Abrechnung ambulanter Leistungen ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Diese zutreffende Begründung sollte dazu führen, dass Regelungen zur Datenübermittlung für alle ambulanten Leistungen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden, von der Bundesebene festgelegt werden.

Zusätzlich zu nennen sind:

- Hochschulambulanzen und Ausbildungsinstitute (§ 117 SGB V)
- psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)

Hier liegt das Verhandlungsmandat derzeit bei den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Leistungserbringern (Krankenhäuser, Hochschulkliniken etc.) geregelt in §120 Abs 3 Satz 4

C. Änderungsvorschlag

Streichung von §120 Abs. 3 Satz

Absatz 1 b wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter "zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)" durch die Wörter "zur Versorgung nach § 73b oder § 73c" ersetzt und nach „... (§ 116b Abs.2) abgeschlossen haben“ wird eingefügt: „sowie Hochschulambulanzen und Ausbildungsinstitute (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)“



Ergänzungsvorschlag Spitzenverbände

Artikel 1 Nr. 198 § 295 Abs.2 Satz 2 Nr. 2 SGB V (Zahnarztnummer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Referentenentwurf ist keine Klarstellung für die Übermittlung der unverschlüsselten Zahnarztnummer vorgesehen.

B. Stellungnahme

Die Verhandlungen zur Anpassung des Vertrages zum Datenaustausch haben gezeigt, dass eine gesetzliche Klarstellung erforderlich ist, um die Frage zu klären, ob die Zahnarztnummer verschlüsselt oder unverschlüsselt zu übermitteln ist. Die Krankenkassen fordern die Weitergabe der unverschlüsselten Zahnarztnummer. Die Krankenkassen haben gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V einen Anspruch auf die Übermittlung der Zahnarztnummer, in Überweisungsfällen der Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes. Dies ergibt sich einerseits aus dem Wortlaut des Gesetzes, da § 295 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V nicht mehr zwischen verschlüsselter oder unverschlüsselter Zahnarztnummer differenziert, insbesondere aber aus der Gesetzesbegründung. Dort (Bundestags-Drucksache 15/1525, S. 146) heißt es zur Neufassung des § 295 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, dass die Angaben nach Nr. 2 die Arzt- oder Zahnarztnummer nach § 293 Abs. 4 SGB V umfassen.

Der Gesetzgeber hat mit der Formulierung und dem Klammerzusatz in § 293 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V „Arzt- oder Zahnarztnummer (unverschlüsselt)“ eindeutig klargestellt, dass das von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung an die Spitzenverbände der Krankenkassen zu übermittelnde Zahnarztverzeichnis die unverschlüsselte Zahnarztnummer enthalten muss.

Mit der Formulierung des § 293 Abs. 4 Satz 5 SGB V „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen sicher, dass das Verzeichnis die Arzt- und Zahnarztnummern enthält, welche Vertragsärzte und Vertragszahnärzte im Rahmen der Abrechnung ihrer erbrachten und verordneten Leistungen mit den Krankenkassen nach den Vorschriften des zweiten Abschnitts verwenden“ lässt der Gesetzgeber keinen Zweifel daran, dass die Abrechnungsdaten, welche die Krankenkassen von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des § 295 Abs. 2 SGB V erhalten, den Zahnarztbezug in Form der unverschlüsselten Zahnarztnummer enthalten müssen.

Bereits in der Begründung zum Gesundheitsreformgesetz 2000 heißt es zur Neufassung des § 293 Abs. 4 SGB V: „Die bestehenden Mängel des Verfahrens der Vergabe und Verwendung eines Kennzeichens für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte (Arztnummer) haben gravierende negative Konsequenzen bei der Auswertung der Datenträger, auf dem diese Kennzeichen verwendet werden, und



die damit verbundenen Steuerungsaufgaben im System der Gesetzlichen Krankenversicherung“ mit der Folge, dass u. a. „Transparenzdefizite bei der ärztlichen/zahnärztlichen Leistungsabrechnung bestehen“.

Offensichtlich hat diese Neuformulierung jedoch nach Auffassung des Gesetzgebers nicht ausgereicht, diese Transparenzdefizite bei der Leistungsabrechnung zu beseitigen, denn wie sonst lässt sich erklären, dass mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die Anforderung an das Ärzteverzeichnis gemäß § 293 Abs. 4 SGB V erneut präzisiert wurden. Unter Nr. 1 wurde im Klammerzusatz zur Arzt- und Zahnarzt Nummer explizit der Begriff „unverschlüsselt“ in das Gesetz aufgenommen. In der Begründung zur Änderung des § 293 Abs. 4 SGB V heißt es: „Das von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen an die Spitzenverbände der Krankenkassen nach bisherigem Recht des Absatzes 4 übermittelte Arzt- bzw. Zahnarztverzeichnis gewährleistet hinsichtlich Umfang und Inhalt nicht, dass die Krankenkassen ihre gesetzlichen Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen können. Dies betrifft insbesondere die Prüfung der nach den §§ 295 ff. SGB V übermittelten Abrechnungsdaten sowie die arztbezogene Aufbereitung der Daten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.“ Die Verwendung des Wortes "insbesondere" macht hierbei deutlich, dass es sich nicht um eine abschließende Aufzählung der Beweggründe handelt, und dass dabei auch die Prüfungen nach § 106a Abs. 3 SGB V gemeint sind.

Dafür spricht auch die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz einhergehende Neufassung des § 295 Abs. 2 SGB V, in der erstmals detailliert aufgeführt wird, welche Daten die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen für jeden Behandlungsfall zu übermitteln haben. In der Begründung heißt es hierzu, dass die "Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, den Krankenkassen die in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgeführten Angaben über die abgerechneten Leistungen arzt- und versichertenbezogen zu übermitteln. Die Übermittlung ist erforderlich für Zwecke der mit diesem Gesetz eingeführten versichertenbezogenen Abrechnungsprüfung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 106a Abs. 3 SGB V durch die Krankenkassen.

C. Änderungsvorschlag

In § 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird nach den Worten "Arzt- oder Zahnarzt Nummer" der Klammerzusatz „(unverschlüsselt)“ ergänzt.



Artikel 1, Nr. 199 **§ 296 SGB V (Auffälligkeitsprüfungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach § 296 Absatz 1 Satz 1 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse Daten aus den Abrechnungsunterlagen. Da der Prüfungsausschuss und die Geschäftsstellen künftig zu einer Prüfungsstelle zusammengelegt werden sollen, sind die Daten künftig an die Prüfungsstelle zu übermitteln.
- b) Nach Absatz 3 Satz 1 bestimmen die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen in Verträgen Näheres über die für die sogenannten Auffälligkeitsprüfungen anzugebenden Arten und Gruppen von Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.
- c) Nach Absatz 4 in der geltenden Fassung sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Geschäftsstelle die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen. Auch hier sollen die Befunde künftig der aus Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle zusammengesetzten Prüfungsstelle vorgelegt werden.

B. Stellungnahme

- a) Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aus der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a). Folglich wird der Übergang der Vertragskompetenz hinsichtlich der für die Auffälligkeitsprüfung zu liefernden Daten abgelehnt.
- c) Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung aus der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle zu einer Prüfungsstelle.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 199 Buchstabe b) wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 200
§ 297 SGB V**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ersatz des Wortes Geschäftsstellen durch das Wort Prüfungsstellen.

B. Stellungnahme

Folgeänderungen der Zusammenlegung von Prüfungsausschuss und Geschäftsstelle.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 1 Nr. 201

§ 299 (Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift will erreichen, dass Sozialdaten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135 a SGB V in dem erforderlichen Umfang auch ohne Einwilligung der betroffenen Patienten erhoben, verarbeitet und genutzt werden können.

In Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses soll festgelegt werden, dass Datenerhebungen in der Regel auf eine Stichprobe begrenzt wird, die Auswertung durch eine unabhängige Stelle erfolgt und dass die betroffenen Patienten in geeigneter Weise über Art und Umfang der Datenverarbeitung informiert werden. Ausnahmsweise sollen Vollerhebungen möglich sein. Die Patientendaten werden pseudonymisiert. Dafür soll das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Empfehlungen erarbeiten

B. Stellungnahme

Eine Regelung über die Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten in der Qualitätssicherung ist notwendig und sinnvoll.

Es fehlt jedoch eine Regelung, nach der die Krankenkassen die Qualitätsdaten der einzelnen Leistungserbringer einrichtungsbezogen (nicht nur aggregiert) erhalten. Dies ist notwendig, um den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu fördern, die Versicherten zu beraten und als Grundlage für die Auswahl geeigneter Leistungserbringer in besonderen Versorgungsprogrammen. Es bedarf auch hierzu einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, weil die arztbezogenen Einrichtungsdaten (Qualitätsdaten) analog zu den Sozialdaten als Betriebsgeheimnisse vom Gesetz geschützt sind (§ 67a SGB X i.V.m. § 35 Abs. 4 SGB I). Für die Kassenärztlichen Vereinigungen besteht bereits eine entsprechende Regelung hinsichtlich Qualitätsergebnissen von Ärzten (§ 285 Abs.1 Nr.6), nicht jedoch für die Krankenkassen und ihre Verbände.

Die arztbezogenen Qualitätsdaten sollten sich dabei nicht nur auf die Qualitätssicherung nach § 137 SGB V beziehen, sondern auch auf die Prüfung der Qualität nach § 135 Abs. 2 SGB V. Auf die hier formulierten Anforderungen an die Fachkunde und Praxisausstattung (Strukturqualität) haben sich die Partner der Bundesmantelverträge in Qualitätsvereinbarungen geeinigt. Die Qualitätsdaten der Praxen liegen aber nur bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Krankenkassen und ihre Verbände haben aber als Partner der Bundesmantelverträge ebenfalls ein berechtigtes Interesse an den arztbezogenen Qualitätsdaten.



Weiterhin ist die Möglichkeit der sektorübergreifenden Datenzusammenführung unter der Berücksichtigung der Daten nach § 21 KHEntgG nicht eindeutig genug. Insbesondere der Abs. 3 dieses Paragraphen steht im Widerspruch zur Lieferung von Daten nach § 21 KHEntgG durch das DRG Institut, weil diese Daten ursprünglich für einen anderen Zweck (nicht QS) erhoben wurden. Der datenschutzrechtliche „Zweckbindungsgrundsatz“ verbietet es, Daten, die für einen bestimmten Zweck erhoben wurden, ohne Rechtsgrundlage für einen anderen Zweck zu nutzen. Hier kann es zu weiteren Problemen im Zusammenhang mit Regelungen zu Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen kommen.

Nach § 21 KHEntgG werden die Daten des stationären Bereichs durch die Krankenhäuser an die DRG Datenstelle übermittelt. In der Neufassung des § 21 KHEntgG wird in Abs. 3a die Datenstelle ermächtigt, Teile dieser Daten auf Ersuchen der unabhängigen Stelle nach § 137 a Abs. 1 SGB V an diese weiterzuleiten. Im Widerspruch dazu ist Satz 9 des § 21 Abs. 3 KHEntgG zu verstehen, der nach wie vor die Formulierung enthält, dass der primäre Zweck der Datenlieferung nicht geändert werden darf. Diese Unklarheiten sind mit einer entsprechenden Streichung in § 21 Abs. 3 KHEntgG zu beseitigen.

C. Änderungsvorschlag

In § 299 ist in Absatz 3 der letzte Satz ersatzlos zu streichen.

Ergänzung um einen weiteren Absatz 4:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände erhalten die im Rahmen der Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie zum Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Abs.2 erhobenen Qualitätsdaten einrichtungsbezogen über die einzelnen Leistungserbringer.“



Artikel 1 Nr. 202 § 300 SGB V (Arzneimittelabrechnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht schließen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker eine Arzneimittelabrechnungsvereinbarung. Diese Aufgabe wird kassenseitig von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen daher auch die Übertragung der Vereinbarungskompetenz hinsichtlich der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 202 wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 203
§ 301 Abs. 3 SGB V (Krankenhäuser)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben, die die Krankenhäuser den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung zu übermitteln haben und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Diese Aufgabe soll kassenseitig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung der oben dargestellten Vereinbarungskompetenz von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 203 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 204

§ 302 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht erstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer. Diese Aufgabe soll kassen-
seitig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch die Übertragung dieser Aufgabe an den Spitzenverband Bund ab.

Derzeit erfolgt die Abrechnung von Hilfsmitteln je nach Art des Leistungserbringers über unterschiedliche Abrechnungsverfahren (überwiegend nach § 302 SGB V, bei Apotheken nach § 300 SGB V). Im Interesse von Transparenz, Analyse und einer wirksamen Steuerung der Hilfsmittelausgaben ist, unabhängig davon, wer das Hilfsmittel abgegeben hat, eine Abrechnung nach einem einheitlichen Abrechnungsverfahren erforderlich.

Um einen produktbezogenen Gesamtüberblick über entstandene Hilfsmittelkosten zu erleichtern, sollte die Abrechnung von Hilfsmitteln insgesamt (z. B. auch von Apotheken) nach dem Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V erfolgen. Im Gesetzestext ist daher eine Klarstellung erforderlich, dass für die Abrechnung nach § 302 SGB V nicht die Art des Leistungserbringers, sondern die abgegebene Leistung entscheidend ist.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 204 wird wie folgt gefasst:

In § 302 wird die Überschrift wie folgt gefasst:

§ 302 Abrechnung von Leistungen aus sonstigen Leistungsbereichen

In Absatz 1 werden die Wörter "Die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel und die weiteren Leistungserbringer" durch die Wörter "Die Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmittel und von weiteren Leistungen" ersetzt.



Artikel 1 Nr. 205

§ 303 a Abs. 1 SGB V (Träger der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht bilden die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz. Die beabsichtigte Neuregelung bewirkt, dass in der Arbeitsgemeinschaft an die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen der Spitzenverband Bund tritt.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich lehnen sie auch den Übergang der Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund ab.

Die Spitzenverbände schlagen vor, die KBV als Träger der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz zu streichen.

In Beratungen über die künftige Organisation der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 303a ff. SGB V hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung dazu bereit erklärt, eine entsprechende Gesetzesänderung vorausgesetzt, zukünftig nicht mehr als Träger der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz zu agieren.

Hintergrund dieser Überlegungen sind vor allem zwei Aspekte:

- Organisatorisch ist eine hervorgehobene Rolle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Träger der Arbeitsgemeinschaft nicht (mehr) notwendig, da seit dem 1. Januar 2005 versichertenbezogene Abrechnungsdaten über die vertragsärztliche Versorgung auch bei den Krankenkassen vorliegen. Damit kann die Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz ausschließlich von den Krankenkassen Daten erhalten; eine weitere Datenlieferung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist entbehrlich. Damit entfällt aber auch die Notwendigkeit, die Kassenärztliche Bundesvereinigung anders als andere Leistungserbringerorganisationen nicht nur im Beirat der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz zu verorten, sondern sie auch als Träger der Arbeitsgemeinschaft vorzusehen.
- Technisch hätte das Ausscheiden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz den Vorteil, dass die diesbezüglich notwendigen EDV-Arbeiten durch die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem Eigenbetrieb durchgeführt werden könnten. Dies würde die Durchführung aufwändiger Ausschreibungsverfahren erübrigen und einen anwendergerechten, schrittweisen Aufbau



und eine anwendergerechte Weiterentwicklung der Infrastruktur der Arbeitsgemeinschaft erlauben.

In Anbetracht der bisherigen konstruktiven Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zur Sicherstellung der Akzeptanz der in der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz verabschiedeten Regelungen wird vorschlagen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch unmittelbare Beteiligung an den Beratungen der Arbeitsgemeinschaft insoweit eine herausgehobene Funktion zuzuerkennen.

Eine Folgeänderung zu diesem Änderungsvorschlag ist auch in Artikel 1, Nr. 206 notwendig. Außerdem müssen in Artikel 1 Änderungen in den §§ 303b und 303c ergänzt werden (siehe entsprechende Stellungnahmen).

C. Änderungsvorschlag

Ergänzender Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen:

Artikel 1 Nr. 205 wird wie folgt gefasst:

"§ 303a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "und die Kassenärztliche Bundesvereinigung" gestrichen.
- b) In Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist an den Beratungen der Arbeitsgemeinschaft zu beteiligen."



Artikel 1 (neu)

§ 303 b SGB V (Beirat der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang keiner; neuer Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (siehe auch Schreiben der Spitzenverbände an Staatssekretär Dr. Schröder vom 5. Oktober 2006).

Es wird vorgeschlagen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht weiter gesetzlich als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz vorzusehen. Statt dessen sollte geregelt werden, dass sie an den Beratungen der Arbeitsgemeinschaft zu beteiligen ist und Mitglied im Beirat der Arbeitsgemeinschaft wird.

B. Stellungnahme

Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 205, § 303a Abs. 1 SGB V

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 wird hinter Nr. 205 eine neue Nummer eingefügt mit folgendem Inhalt:

"In § 303b werden vor die Wörter „der Deutschen Krankenhausgesellschaft“ die Wörter „der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,“ eingefügt."

"In § 303c Abs. 1 werden die Wörter „und den Kassenärztlichen Vereinigungen“ gestrichen."



Artikel 1 (neu)

§ 303 c Abs. 1 SGB V (Vertrauensstelle der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bislang keiner; neuer Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (siehe auch Schreiben an Staatssekretär Dr. Schröder vom 5. Oktober 2006)

Nach geltendem Recht hat die Vertrauensstelle den Versicherten- und Leistungserbringerbezug der ihr von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten zu pseudonymisieren. Es wird vorgeschlagen, die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der entsprechenden Rechtsgrundlage herauszunehmen.

B. Stellungnahme

Durch eine Rechtsänderung nach dem Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetz verfügen die Krankenkassen über alle Daten, die der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz zur Verfügung gestellt werden sollen. Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind deshalb nicht mehr länger nötig. Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 205 § 303a.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 wird eine neue Nummer eingefügt mit folgendem Inhalt:

"In § 303c Abs. 1 werden die Wörter „und den Kassenärztlichen Vereinigungen“ gestrichen."



Artikel 1 Nr. 206

§ 303 e Abs. 3 SGB V (Nutzungsausschluss bei nicht fristgerechter Datenübermittlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht werden in dem Fall, dass die Daten für eine Region nicht fristgerecht geliefert werden, die jeweiligen Krankenkassen, ihre Landes- und Spitzenverbände sowie die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung von der Berechtigung, ausgeschlossen, den Gesamtdatenbestand dieser Region zu verarbeiten und zu nutzen. Die beabsichtigte Neuregelung setzt an die Stelle der Spitzenverbände die Bundesverbände der Krankenkassen.

B. Stellungnahme

Diese Regelung ist eine Folgeänderung zur Umwandlung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts, wobei sie ihren Status als Spitzenverbände verlieren. Diese Umwandlung wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt (zur Begründung siehe Artikel 1 Nr. 144 § 212 SGB V). Sie lehnen folglich auch diese Folgeänderung ab.

Nach § 303e Absatz 2 Satz 1 und 2 sind die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Leistungs- und Abrechnungsdaten an die Vertrauensstelle zu übermitteln. Nach Satz 2 hat die Übermittlung durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich nach der Prüfung, spätestens 12 Monate nach Übermittlung durch die Leistungserbringer zu erfolgen.

Als Folgeänderungen zu dem Änderungsvorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Träger der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz zu streichen (siehe Artikel 1 Nr. 205 § 303a), wird vorgeschlagen, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl aus den Vorschriften zu Datenlieferung als aus der Vorschrift zum Ausschluss von der Nutzung der Daten wegen verspäteter Lieferung zu streichen.

C. Änderungsvorschlag

Ergänzender Vorschlag Spitzenverbände der Krankenkassen

Artikel 1 Nr. 206 wird wie folgt gefasst:

"§ 303 e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:



- aa) In Satz 1 werden die Wörter "und die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung" gestrichen.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter "und die Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung" gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

"Werden die Daten für eine Region nicht fristgerecht übermittelt, sind die jeweiligen Krankenkassen und ihre Landes- und Spitzenverbände von der Berechtigung, den Gesamtdatenbestand dieser Region bei der Datenaufbereitungsstelle zu verarbeiten und zu nutzen, ausgeschlossen."



Artikel 1 Nr. 207

§ 303 f Abs. 1 SGB V (Nutzungsberechtigung für Daten der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht können die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den kassenärztlichen Vereinigungen, den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie von den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bund- und Landesbehörden verarbeitet und genutzt werden.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung soll die Nutzungsberechtigten um den Spitzenverband Bund erweitern und setzt an die Stelle der Spitzenverbände die Bundesverbände der Krankenkassen. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich lehnen sie auch die Übertragung der Nutzungsrechte für die Daten der Arbeitsgemeinschaft Datentransparenz ab. Die Spitzenverbände lehnen auch die Umwandlung der Spitzenverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts ab (zur Begründung siehe Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V). Deshalb lehnen sie an dieser Stelle auch den Austausch der Spitzenverbände gegen die Bundesverbände ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 207 wird gestrichen.



**Artikel 1 Nr. 208
§ 305 SGB V**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Übertragung der bisherigen Tätigkeit der Verbände der Kassen auf den sogenannten Spitzenverband Bund.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V). Sie lehnen folglich auch

C. Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 208 wird gestrichen.



Artikel 1 Nr. 209 **§ 305 a SGB V (Auskünfte an Versicherte)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 305a werden folgende Sätze angefügt:

„Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, dürfen Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel nur solchen Stellen übermitteln, die sich verpflichten, die Daten ausschließlich als Nachweis für die in einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer größeren Region insgesamt in Anspruch genommenen Leistungen zu verarbeiten; eine Verarbeitung dieser Daten mit regionaler Differenzierung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung, für einzelne Vertragsärzte oder Einrichtungen sowie für einzelne Apotheken ist unzulässig. Satz 4 gilt auch für die Übermittlung von Daten über die nach diesem Buch verordnungsfähigen Arzneimittel durch Apotheken, den Großhandel, Krankenkassen sowie deren Rechenzentren.“

B. Stellungnahme

Nach der Begründung soll diese Nutzungsklausel dazu führen, dass die Außendienste der pharmazeutischen Industrie nicht über Arzneimittelverordnungsdaten der einzelnen Ärzte verfügen. Dem Grunde nach ist dies heute schon über die bestehenden datenschutzrechtlichen Vorschriften ausgeschlossen. Gleichwohl erhält die Industrie diese Daten über die Apothekenabrechnungszentren. Es kann bezweifelt werden, dass die Landesaufsichten durch die vorgenommene Konkretisierung bewegt werden, gegen die bisherige Praxis vorzugehen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 1 Nr. 212
§ 314 SGB V**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass aus Gründen des Vertrauensschutzes für bestehende Verträge des Standardtarifs weiterhin Arbeitgeberzuschüsse gezahlt werden. Die Versicherten erhalten allerdings die Möglichkeit in den neuen Basistarif zu wechseln.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 2 (Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20c Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 SGB V (Förderung der Selbsthilfe)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, ein Verzeichnis der Krankheitsbilder zu beschließen, bei denen für gesundheitliche Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist, wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

Die Aufgabe, die gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Mittelverteilung auf den verschiedenen Förderebenen und Bereichen zu beschließen, wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird von den Spitzenverbänden abgelehnt. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V. Folglich wird auch die Übertragung der vorgenannten Aufgaben auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 1 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 2

§ 20d Abs. 3 Satz 2 SGB V (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 20d Abs. 3 Satz 2 SGB V - eingeführt durch Artikel 1 Nr. 12 dieses Gesetzes - schließen ab 01.04.2007 die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern für Schutzimpfungen zuständigen Stellen.

Mit der vorliegenden Änderungsvorschrift wird diese Aufgabe zum 01.01.2008 von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e § 212 Abs. 5 SGB V. Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Herstellung des Benehmens von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 2 wird gestrichen.



**Artikel 2 Nr. 3
§ 31 Abs 2a Satz 1 SGB V (Arznei- und Verbandmittel)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach Artikel 1 Nr. 16 werden für die nicht in die Festbetragsregelung einbeziehbare Arzneimittel Höchstbeträge eingeführt. Die Festsetzung erfolgt durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, nach Bewertung durch das IQWiG oder im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmen. Diese Aufgaben sollen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Festsetzungskompetenz im Rahmen der Festbetragsregelungen für die Arzneimittelversorgung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 13 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 4

§ 36 SGB Abs. 1 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) In Artikel 1 Nr. 21 wird festgelegt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen Festbetragsgruppen für Hilfsmittel bestimmen, wobei hinsichtlich der Zusammenfassung funktional gleichartiger Produkte ein Bezug zum Hilfsmittelverzeichnis hergestellt wird. Außerdem können auch Einzelheiten der Versorgungen im Festbetragsgruppensystem geregelt werden. Zum 1. Januar 2008 soll diese Aufgabe von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- b) In Artikel 1 Nr. 21 wird festgelegt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen Festbeträge festsetzen. Die Hersteller und Leistungserbringer werden zur Erteilung der zur Festbetragsfestsetzung erforderlichen Preisauskünfte und Informationen verpflichtet. Zum 1. Januar 2008 soll diese Aufgabe von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Bestimmung der Festbetragsgruppen für Hilfsmittel von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Festsetzung der Festbeträge für Hilfsmittel von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 4 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 5

§ 37b (Neuregelung für spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Folgeregelung zur Neueinführung der Leistung „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“

B. Stellungnahme

die im Gesetzentwurf zu § 37 b Absatz 3 SGB V getroffene Regelung ist richtig, da die Grundlagen zur Leistung "Spezialisierte ambulante Palliativversorgung" durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend des § 92 SGB V festzulegen sind. § 92 SGB V beinhaltet, wie in der Stellungnahme unter "Änderung" ausgeführt, die Ermächtigung des G-BA Richtlinien zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung Richtlinien zu beschließen.

Darüber hinaus ist der Hinweis auf § 91 Absatz 4 SGB V nicht sachgerecht, da die genannte Vorschrift die Besetzung des G-BA für andere leistungsrechtliche Themen (z.B. ambulantes Operieren) regelt.

G. Änderungsvorschlag

§ 91 Abs. 4 SGB V streichen, da nicht sachgerecht



Artikel 2 Nr. 6

§ 39a SGB V (Stationäre und ambulante Hospizleistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der stationären Hospize das Nähere über Art und Umfang der Versorgung. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- b) Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste das Nähere über Voraussetzungen zur Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz zur stationären Hospizversorgung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.
- b) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz zur ambulanten Hospizarbeit von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 6 wird gestrichen.



**Artikel 2 Nr. 7
§ 73b Abs. 1 SGB V**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im § 73b Abs. 2 soll die Angabe 1 c gestrichen werden

B. Stellungnahme

Die Streichung der Angabe "und 1c" bezieht sich offensichtlich auf den Referentenentwurf, der diese Angabe in Art. 1 Nr. 45 noch enthielt. Im Koalitionsentwurf ist die Streichung in Art. 1 Nr. 45 bereits erfolgt; insoweit ist Art. 2 Nr. 7 gegenstandslos.

C. Änderungsvorschlag

Streichung, da gegenstandslos



Artikel 2 Nr. 8 **§ 73d SGB V (Verordnung besonderer Arzneimittel)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgung mit besonderen Arzneimittel soll nur noch nach Zweitmeinung eines „spezialisierten“ Arztes oder durch diesen erfolgen. Dafür bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien die besonderen Arzneimittel, die Verordnungskriterien und die Qualifikationsanforderungen für „spezialisierte“ Ärzte.

In Artikel 1 Nr. 47 werden die „spezialisierten“ Ärzte durch die KV'en einvernehmlich mit Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt. Künftig soll diese Aufgabe von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) § 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Benennungsschaffung mit der Kassenärztlichenvereinigung im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens für die Versorgung mit besonderen Arzneimittel von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 8 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 9 § 82 Abs. 2 SGB V (Grundsätze)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit, von den Bestimmungen zu den Gesamtverträgen und -vergütungen abweichende Verfahren für nicht bundesunmittelbare Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren, wird von Verbänden der Ersatzkassen auf die betroffenen Ersatzkassen selbst übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 9 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 10

§ 85 Abs. 4 Satz 12 SGB V (Gesamtvergütung; nach Änderung durch WSG Artikel 1 Nr. 54)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die zur Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung notwendigen Daten sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr den Verbänden der Ersatzkassen, sondern den Ersatzkassen selbst zur Verfügung gestellt werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 10 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 11

§ 85a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Mobilitätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten; nach Änderung durch WSG Artikel 1 Nr. 55)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, Punktwerte zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren, wird von Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 11 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 12

§ 85b Abs. 4 Satz 3 SGB V (Vergütung des einzelnen Arztes; nach Änderung durch WSG Artikel 1 Nr. 55)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen die für die Zuweisung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina anzuwendende Berechnungsformel festzustellen, wird von Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 12 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 13 § 87 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung soll zum 1.1.2008 in Kraft treten und sieht dann vor, dass an die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen der Spitzenverband Bund (hier als Träger des Instituts des Bewertungsausschusses) tritt.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a.) Folglich wird auch die Trägerschaft des Instituts des Bewertungsausschusses bei einem Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 13 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 14 § 91 Abs. 2 SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit Artikel 2 Nr. 14 wird die geltende Vorschrift des § 91 SGB V über den Gemeinsamen Bundesausschuss vollständig durch eine neue Regelung ersetzt. Geändert werden insbesondere

- die personelle Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- die Struktur der Beschlussgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- die Konfliktlösung und
- die direkte Einflussnahme auf die interne Organisation und Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses mittels einer die Neuorganisation begleitenden Rechtsverordnungsermächtigung des Gesundheitsministeriums.

Die wesentlichen Änderungen sehen wie folgt aus:

1. Nach geltendem Recht sind die Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss durch die Bundesverbände der Krankenkassen, die Knappschaft und die Verbände der Ersatzkassen vertreten. Künftig sollen sie durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vertreten werden (§ 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V).
2. Die Änderungsvorschrift sieht vor, dass das Beschlussgremium künftig aus neun Mitgliedern - statt wie bisher aus 21 Mitgliedern - besteht. Dies sind der neutrale Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder. Des Weiteren werden drei Mitglieder gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie drei weitere vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt (§ 91 Abs. 2 Satz 1 SGB V).
3. Über den unparteiischen Vorsitzenden sollen sich die Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Trägerorganisationen (§ 91 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V).
4. Die Mitglieder des Beschlussgremiums - mit Ausnahme der drei Unparteiischen - sollen ihre Tätigkeit hauptamtlich ausüben, im Dienst des Gemeinsamen Bundesausschusses stehen und bei Entscheidungen an Weisungen nicht gebunden sein (§ 91 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V). Ihre Amtszeit beträgt vier Jahre, wobei eine zweite Amtszeit zulässig ist. Die Hauptamtlichen werden durch den unparteiischen Vorsitzenden eingesetzt (§ 91 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V).
5. Die Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses werden derzeit über einen Systemzuschlag finanziert. Davon ausgenommen sind die Kosten der von den Trägerorganisationen bestellten Mitglieder. Im Zusammenhang mit der vorgesehenen



Hauptamtlichkeit der Mitglieder des Beschlussgremiums soll diese Ausnahmeregelung gestrichen werden (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

6. Das Bundesgesundheitsministerium kann für die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 01.01.2008 eine Rechtsverordnung erlassen, die Einzelheiten insbesondere

- zu Stellung, Funktion und Vergütung der ab diesem Zeitpunkt vorgesehenen hauptamtlichen Mitglieder,
- zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums und
- zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses

regelt; die Aufzählung der Inhalte der Rechtsverordnung ist dabei nicht abschließend (§ 91 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Die Vorgaben der Rechtsverordnung gehen laut Gesetzesbegründung den Regelungen der Verfahrens- und Geschäftsordnung vor.

7. Wie bisher soll der Gemeinsame Bundesausschuss eine Verfahrensordnung (§ 91 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V) und eine Geschäftsordnung (§ 91 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V) beschließen. In Zukunft soll dabei in der Geschäftsordnung die Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen erfolgen.

8. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses soll seine Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung in der Regel sektorenübergreifend zu fassen (§ 91 Abs. 7 Satz 2 SGB V).

9. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen, wenn sie eine Beschlussvorlage einheitlich für nicht sachgerecht halten. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen (§ 91 Abs. 7 Satz 3 und 4 SGB V).

10. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich (§ 91 Abs. 7 Satz 5 SGB V).

11. Die Änderungsvorschrift sieht vor, dass die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses den unparteiischen Vorsitzenden des Beschlussgremiums bis zum 31.01.2008 bestellen und dieser danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren Unparteiischen einsetzt. Das neue Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses soll bis zum 31.03.2008 gebildet sein. Bis zur Bestellung des Vorsitzenden und des hauptamtlichen Beschlussgremiums nehmen der bisherige Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses und die bisherigen Besetzungsgremien ihre Tätigkeiten und Beschlussfassungen weiterhin wahr (§ 91 Abs. 9 SGB V).



12. Die Absätze 5, 6 und 8 des § 91 SGB V (neu) entsprechen im wesentlichen den bisherigen Absätzen 8a, 9 und 10 des § 91 SGB V (alt).

B. Stellungnahme

- ad 1. Die vorgesehene Vertretung der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V) wird seitens der Spitzenverbände abgelehnt. Zur Begründung vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V).
- ad 2. Die Reduzierung der Anzahl der Mitglieder in § 91 Abs. 2 Satz 1 SGB V ist eine Folgeänderung der Organisationsänderung in Abs. 1 Satz 1 und wird als solche abgelehnt. Sie beinhaltet zudem die Gefahr, dass sich die vertretenen Organisationen nicht mehr adäquat repräsentiert fühlen.
- ad 3. Das Einigungsverfahren über den unparteiischen Vorsitzenden ist akzeptabel; das Verfahren wurde in gleicher Weise erfolgreich bereits zur Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses in 2004 durchgeführt.
- ad 4. Diese Regelung wird abgelehnt. Mit den Hauptamtlichen wird die Vorbereitung von Behördenstrukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss eingeleitet. Mit Einführung von hauptamtlichen Mitgliedern im Beschlussgremium entfallen die Einflussmöglichkeiten für Krankenkassen und Verbände. Die angemessene Repräsentanz der Selbstverwaltung im Beschlussgremium geht verloren, wie auch deren Identifikation mit den Beschlüssen in der Umsetzung. Sektorenübergreifende Aufgaben erfordern umfängliches Fachwissen, das entsprechendes Personal erfordert. Insoweit ist die Befristung auf maximal acht Jahre wenig attraktiv.
- ad 5. Da sich eine Hauptamtlichkeit im Gemeinsamen Bundesausschuss allenfalls auf die Unparteiischen beziehen sollte, sollte die bisherige Regelung beibehalten werden, nach der die Mitarbeiter der Trägerorganisationen von ihren entsendenden Organisationen bezahlt werden.
- ad 6. Die Ermächtigung zu einer Rechtsverordnung des BMG wird abgelehnt. Bisher haben die Trägerorganisationen die internen Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses sowohl in der Verfahrens-, als auch in der Geschäftsordnung selbst beschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sachgerecht und in verantwortungsvollem (Selbst-)Verständnis die Aufgaben der Gemeinamen Selbstverwaltung in eigener Regie ohne äußere Vorgaben erledigt. Die Rechtsverordnungsermächtigung bedeutet eine unnötige und unangemessene staatliche Einflussnahme. Dies wird auch erkennbar an der nicht abschließenden Aufzählung der Regelungsinhalte.
- ad 7. Die Einsetzung sektorenübergreifender Unterausschüsse ist sinnvoll.



- ad 8. Die Vorgabe zu sekorenübergreifenden Beschlussfassungen ist zu begrüßen.
- ad 9. Die Regelung ist unkritisch und stärkt die Position der Unparteiischen.
- ad 10. Die Öffentlichkeit der Sitzungen ist im Prozess nicht hilfreich, da im Beschlussgremium wegen der Beanstandungsmöglichkeit durch das Gesundheitsministerium keine abschließenden Beschlüsse getroffen werden. Bisher wurden die Beschlüsse und deren tragende Gründe in einer für die Öffentlichkeit verständlichen Form aufbereitet und zeitnah im Internet verfügbar gemacht. Dieses Vorgehen ist deutlich geeigneter, Transparenz herzustellen als die Öffentlichkeit der Sitzungen. Eine gesetzliche Regelung zur Einschränkung der Öffentlichkeit etwa bei geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen analog zu § 63 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB IV fehlt.
- ad 11. Das Einigungsverfahren auf den unparteiischen Vorsitzenden ist akzeptabel und wurde in gleicher Weise erfolgreich bereits zur Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses in 2004 durchgeführt. Die übergangslose Überführung in den neuen Gemeinsamen Bundesausschuss ist sinnvoll, jedoch unabhängig von den bereits geäußerten Kritikpunkten an der Reorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- ad 12. Regelungen sind unkritisch.

C. Änderungsvorschlag

- ad 1. In Artikel 2 Nr. 14 wird § 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V (neu) durch § 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V (alt) ersetzt.
- ad 2. Ausführliche Begründung siehe § 217a SGB V.
- ad 3. Keiner
- ad 4. Die angedachten Neuregelungen zur Einführung von hauptamtlichen Mitgliedern der Bänke sollten gestrichen werden. Denkbar und sinnvoller wäre die Hauptamtlichkeit der Unparteiischen. Formulierungsvorschlag für Satz 4:
"Die unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus."
- ad 5. §91 Abs. 3 Satz 1 SGB V sollte lauten: "Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Kosten der von den Verbänden nach Absatz 1 bestellten Mitglieder gilt § 139c Abs. 1 entsprechend."
- ad 6. Die Rechtsverordnungsermächtigung sollte gestrichen werden.
- ad 7. Keiner

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



ad 8. Keiner

ad 9. Keiner

ad 10. Die angedachte Neuregelung sollte gestrichen werden, zumindest sollte eine Regelung über die Einschränkung der Öffentlichkeit entsprechend § 63 Abs. 3 S.2 und 3 SGB IV aufgenommen werden.

ad 11. Keiner

ad12. Keiner



Artikel 2 Nr. 14a **§ 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen umein-sam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Kranken-hausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung
4. Einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationser-setzender Eingriffe,
 5. Einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
 6. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

Diese Aufgabe wird auf Seiten der Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

- b) Nach geltendem Recht bedarf es zur Zulassung eines Krankenhauses zur Erbringung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe einer Mitteilung des Kran-kenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatz-kassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. Künftig ist die Mitteilung bei den Ersatzkassen nicht an deren Verbände, sondern an die Ersatz-kassen selbst abzugeben.

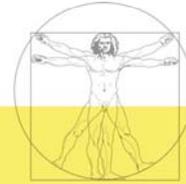
B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Be-gründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Vertragskompetenz beim ambulanten Operieren von den Spitzenver-bänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- c) Der Übergang der Kompetenzen im Zusammenhang mit der Zulassung von Kranken-häusern zum ambulanten Operieren von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Er-satzkassen selbst wird abgelehnt. . Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Die Änderung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 2, Nr. 14a. wird Buchstabe a) gestrichen. Buchstabe b) wird ebenfalls gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



GKV
Die Gesetzlichen Krankenkassen



Artikel 2 Nr. 15

§ 116b Abs. 5 Satz 6 SGB V (Ambulante Behandlung im Krankenhaus)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach Artikel 1 Nr. 85 stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V regelmäßig acht Wochen nach Quartalsbeginn den durchschnittlichen Punktwert gemeinsam und einheitlich fest. Diese Aufgabe soll von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e), (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Aufgaben von Vereinbarungen und Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2. Nr.15 wird gestrichen.



**Artikel 2 Nr. 16
§ 125 Abs. 2 SGB V (Rahmenempfehlungen und Verträge)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

In Artikel 1 Nr. 91 Buchstabe b) sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise etc. schließen können. Neben den Leistungserbringern und deren Verbänden kommen künftig auch sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern als Vertragspartner in Frage. Diese Aufgaben der Verbände der Krankenkassen sollen künftig die Landesverbände der Krankenkassen übernehmen. Damit wird diese Kompetenz von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e), (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Vertragskompetenz im Rahmen der Heilmittelversorgung von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 16 wird gestrichen.



**Artikel 2 Nr. 17,
§ 126 Abs. 1 SGB V (Versorgung durch Vertragspartner)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

In Artikel 1 Nr. 92 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln gemeinsame Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Leistungsanbieter einschließlich deren Fortbildung. Diese Aufgabe zur Erstellung von Zulassungsempfehlungen wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang dieser Kompetenz über die Erstellung von Zulassungsempfehlungen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 17 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 18 § 127 (Verträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiederverwendung. Diese Aufgabe soll von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e), (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Vertragskompetenz im Rahmen der Hilfsmittelversorgung von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 18 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 19

§ 130a (Rabatte über die Arzneimittelversorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht sind die pharmazeutischen Unternehmer verpflichtet, die erforderlichen Angaben zur Bestimmung des Abschlages an die maßgelichen Organisationen der Apotheker und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu senden. Diese Aufgaben sollen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen an den Spitzenverband Bund übertragen werden und somit auch die o.g. Daten.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149 (§ 217a)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

D. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 19 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 20

§ 132d SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung; nach Änderung durch WSG Artikel 1 Nr. 102)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in Empfehlungen Anforderungen zur Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung sowie Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung festzulegen, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149 (§ 217a)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 20 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 21 § 133 (Versorgung mit Krankentransportleistungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte. Diese Aufgabe soll von den Verbänden auf die Landesverbände der Krankenkassen übertragen werden. Die Aufgaben im Bereich der Ersatzkassen gehen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen über.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e), (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Vertragskompetenz im Rahmen der Krankentransportleistungen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 21 wird gestrichen.



**Artikel 2 Nr. 22
§ 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht schließen die Bundesverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149 (§ 217a)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 22 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 23

§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A. Beabsichtigte Neuregelung

Als Antragsberechtigte im Gemeinsamen Bundesausschuss werden in § 135 Abs. 1 Satz 1 die Spitzenverbände der Krankenkassen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ersetzt.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.)

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 23 wird gestrichen



Artikel 2 Nr. 24

§ 137d SGB V neu (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den zuständigen Verbänden der Leistungserbringer Regelungen zur Qualitätssicherung bei ambulanter und stationärer Vorsorge oder Rehabilitation. Diese Aufgabe soll von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

E. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V.) Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz über die Qualitätssicherung bei ambulanter und stationärer Vorsorge oder Rehabilitation von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 24 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 25 Buchstabe a)

§ 137f Abs. 2 Satz 4 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die Arbeitsgemeinschaft nach § 282 SGB V (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände) an der Erstellung von Empfehlungen über die Anforderungen an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme zu beteiligen.

Die Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird von den Spitzenverbänden abgelehnt. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V). Folglich wird auch die Übertragung der vorgenannten Aufgabe auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 25 Buchstabe a) wird gestrichen.



**Artikel 2, Nr. 25 Buchstabe b)
§ 137 f Abs. 5 S. 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Landes- und Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen ihre Mitglieder bei dem Aufbau und der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen. Diese Aufgabe wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.) Folglich wird auch der Übergang dieser Unterstützungsleistung im Rahmen des Aufbaus und der Durchführung von DMP von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 25 Buchstabe b) wird gestrichen.



**Artikel 2 Nr. 26 Buchstabe a) bis e)
§ 139 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln)
(Der ehemalige § 128 SGB V wird aufgehoben und geht in § 139 SGB V n.F. auf.)**

H. A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Vorschriften der §§ 128 und 139 sollen in dieser Neufassung des § 139 zusammengefasst werden. Die Regelungen konkretisieren die Verfahren und Voraussetzungen zur Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.) Folglich wird auch die Übertragung der Aufgaben zur Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses inkl. der Durchführung der Antragsverfahren zur Produktlistung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 26 Buchstabe a) bis e) wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 27

§ 140d Absatz 5 Satz 1 SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung; nach Änderung durch WSG Artikel 1 Nr. 121)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Registrierungsstelle, der die Daten zu Verträgen der Integrierten Versorgung zu melden sind, wird laut der Regelung in Artikel 1 Nr. 121 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildet. An die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen soll mit der vorliegenden Änderung nun der Spitzenverband Bund der Krankenkassen treten.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149 (§ 217a.)) Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 27 wird gestrichen.



**Artikel 2 Nr. 28
§ 215 SGB V (Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände)**

C. Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung der geplanten Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften bürgerlichen Rechts zum 01.01.2009 soll entsprechend die Rechtsgrundlage für Selbstverwaltungsorgane der Bundesverbände zum 01.01.2009 entfallen.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung, Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V), wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 28 wird gestrichen.



Artikel 2 Nr. 29

§ 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der bestehende § 221 SGB V ist durch Artikel 1 Nr. 153 insofern angepasst worden, als bis zum Start des Gesundheitsfonds im Jahre 2009 für das Jahr 2008 ein weiteres Mal eine Bundesbeteiligung in Höhe von 1,5 Mrd. Euro geleistet werden soll. Bisher sah das Gesetz vor, dass die Bundesbeteiligung im Jahre 2007 auslaufen sollte (Haushaltsbegleitgesetz).

In Artikel 2 Nr. 29 (§ 221 SGB V) wird ferner festgelegt, dass für das Jahr 2009 3 Mrd. Euro zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen vom Bund an den Gesundheitsfonds überwiesen werden. Ferner ist vorgesehen, dass dieser Betrag ab dem Jahr 2010 – allerdings in unbestimmter Höhe – zunehmen soll.

B. Stellungnahme

Das Ziel, die Krankenversicherungsbeiträge und damit die Lohnnebenkosten entsprechend der Zielsetzung der Bundesregierung zu entlasten, ist nur mit einer deutlichen Aufstockung der Bundesmittel zu erreichen. Diese deutliche Aufstockung wäre auch sachlich gerechtfertigt, weil die Bundesregierung in der Vergangenheit durch zahlreiche Gesetzesregelungen versicherungsfremde Lasten zu Gunsten des Bundes auf die gesetzliche Krankenversicherung verschoben hat. Auch mit den wiederholten Absenkungen der Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld I und II wurden zusätzliche Lasten zu Gunsten des Bundes und der Bundesagentur auf die Krankenkassen verschoben.

Eine entsprechende Vorschrift enthält der Gesetzentwurf bisher nicht, müsste aber aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgenommen werden. Die jährliche Höhe des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds müsste zwingend gesetzlich festgelegt werden; er müsste zudem in einer Größenordnung festgesetzt werden, die zu einer spürbaren Entlastung des GKV-Beitragssatzes führen kann.

C. Änderungsvorschlag

Die Bundesbeteiligung sollte ab dem Jahre 2009 so erhöht werden, dass zumindest die vorgenommenen Risikoverschiebungen zu Lasten der GKV neutralisiert werden.



Artikel 2, Nr. 29b § 243 SGB V (Ermäßigter Beitragssatz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Zeit ab 1.1.2009 ist vorgesehen, dass für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben (weiterhin) ein ermäßigter Beitragssatz gilt. Dieser ermäßigte Beitragssatz gilt nicht für die Beitragsbemessung in einer Anwartschaftsversicherung. Die Bundesregierung legt den ermäßigten Beitragssatz durch Rechtsverordnung fest.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuordnung des Rechts zur Bestimmung der Beitragssätze. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V). Deshalb ist auch diese Folgeänderungen abzulehnen.

Zu dem halten die Spitzenverbände der Krankenkassen einen ermäßigten Beitragssatz generell für nicht mehr zeitgemäß und plädieren für dessen Abschaffung. Zur Begründung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 160, 243 SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2, Nr. 29b wird gestrichen.



Artikel 2, Nr. 29c **§ 249 Abs. 1 SGB V (Beitragstragung für versicherungspflichtige Arbeitnehmer)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Zeit ab 1.1.2009 soll der Arbeitgeber auch bei der Gruppe der Nichtversicherten, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind, die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte gekürzten von der Bundesregierung festgesetzten allgemeinen Beitragssatz. Es wird klargestellt, dass ansonsten das Mitglied die Beiträge trägt (Beibehaltung der Disparität).

Bei geringfügig entlohnten Beschäftigten, die als Nichtversicherte der Versicherungspflicht unterliegen wird klargestellt, dass der Arbeitgeber Pauschalbeiträge in Höhe von 13 v.H. zu zahlen hat. Diese gehen ausschließlich zu Lasten des Arbeitgebers.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen aus der Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte und aus der Neuordnung des Rechts zum Beitragssatz. Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig. Zur Ablehnung der Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, wird wie folgt Stellung genommen:

Für die Zeit vom 1.4.2007 bis 31.12.2008 gilt § 249 Abs. 1 SGB V wegen der Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte schon in einer geänderten Fassung, vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 167, § 249 Abs. 1 SGB V.

Die Regelung führt im Verbund mit § 250 Abs. 3 SGB V, der vorsieht, dass Personen, die versicherungspflichtig werden, weil sie keinen anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall haben (Nichtversicherte) und über kein Arbeitsentgelt verfügen, ihre Beiträge allein tragen, zu folgenden verschiedenen Wegen der Beitragstragung:

- aus Arbeitsentgelt durch den Arbeitgeber
- aus sonstigen Einnahmen durch den Versicherten
- durch den Leistungsträger nach dem SGB II oder durch den Sozialhilfeträger.

Verzichtet man auf die Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte, bedarf es der komplizierten Regelungen zu §§ 249 und 250 SGB V nicht.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



C. Änderungsvorschlag

Artikel 2, Nr. 29c wird gestrichen.



**Artikel 3 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)
§ 207a Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB III (Übernahme der Beiträge für eine private Krankenversicherung bei Beziehern von Arbeitslosengeld durch die Bundesagentur für Arbeit)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für die Ermittlung des Vergleichsbetrags bei der Beurteilung der Frage, in welcher Höhe die Bundesagentur für Arbeit Beiträge für eine private Krankenversicherung des Leistungsbeziehers zu übernehmen hat, ist gegenwärtig der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 SGB V zugrunde zu legen.

Künftig ist der - für alle Krankenkassen einheitliche - allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 241 SGB V anzusetzen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts zur Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes, die von den Spitzenverbänden abgelehnt wird. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 (§ 241 SGB V) wird verwiesen. Folglich wird auch die vorliegende Änderungsvorschrift abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 3 wird gestrichen.



Artikel 5 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 23 Abs. 1 SGB IV (Fälligkeit der Beiträge)

I. A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Satzungsautonomie der Kranken- und Pflegekassen zur Fälligkeit der Beiträge soll durch Vorgaben des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eingeschränkt werden.

B. Stellungnahme

Es ist kein sachlicher Grund erkennbar, die bislang bewährte Satzungsautonomie der Kranken- und Pflegekassen durch Vorgaben des von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ohnehin abgelehnten Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einzuschränken (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 1 wird gestrichen.



Artikel 5 Nr. 1a **§ 24 Abs. 1a SGB IV (Säumniszuschläge)**

J. A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Höhe des Säumniszuschlags für die zu spät gezahlten Beiträge der freiwilligen Mitglieder sowie der bislang Nichtversicherten beträgt ab dem zweiten Säumnismonat 5 v. H.

B. Stellungnahme

Die Erhebung von Säumniszuschlägen ist als Sanktionsmittel bei Nichtzahlung der Beiträge völlig ungeeignet. Wer Krankenversicherungsbeiträge nicht zahlt, zahlt auch keine Säumniszuschläge.

Einer neuen Sanktionsregelung bedürfte es nicht, wenn auf die ersatzlose Streichung des § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V verzichtet und gleichzeitig den bislang Nichtversicherten ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung (keine Versicherungspflicht, so wie derzeit angelegt) eingeräumt wird.

Sollte allerdings ein Versicherungsausschluss mit dem Gesetzesziel nicht in Einklang zu bringen sein, muss gleichwohl das Nichtzahlen der Beiträge – ungeachtet der Möglichkeiten und Verpflichtungen der Einzugsstelle zur Vollstreckung der Beitragsansprüche – sanktioniert werden können. Anderenfalls entstünden vor allem mit Blick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz erhebliche Verwerfungen. Es wird daher angeregt, für sog. Nichtzahler ein Ruhen des Anspruchs auf Leistungen festzuschreiben. Eine vergleichbare Regelung existiert bereits für die nach näherer Bestimmung des KSVG krankenversicherten Künstler und Publizisten.

C. Änderungsvorschlag

Der Anspruch auf Leistungen ruht (analog den Regelungen für krankenversicherte Künstler und Publizisten, vgl. § 16 Abs. 3a SGB V in Verb. mit § 16 Abs. 2 KSVG), wenn das Mitglied entgegen § 252 Abs. 1 Satz 1 trotz Hinweises auf die Folgen mit der Zahlung der Beiträge um mehr als zwei Monate in Rückstand gerät.



Artikel 5 Nr. 2

§ 28b Abs. 2 und 4 SGB IV (Gemeinsame Grundsätze zum Meldeverfahren)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang den Spitzenverbänden der Krankenkassen übertragene Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit zur Aufstellung gemeinsamer Grundsätze zum Meldeverfahren soll dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Verlagerung der bislang von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommenen Aufgaben auf einen neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird abgelehnt. Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 2 wird gestrichen.



Artikel 5 Nr. 3

§ 28f Abs. 4 SGB IV (Weiterleitungsstellen für Beitragsnachweise, Meldungen und Gesamtsozialversicherungsbeiträge)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bis 31.12.2010 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzugs erhalten. Ab 01.01.2011 sollen die Arbeitgeber die Option erhalten, ihre Beitragsnachweise, Meldungen und Gesamtsozialversicherungsbeiträge an so genannte Weiterleitungsstellen zu übermitteln, die diese an die zuständigen Krankenkassen weiterleiten.

B. Stellungnahme

Die optionale Möglichkeit für Arbeitgeber, die Beitragsnachweise, Meldungen und Gesamtsozialversicherungsbeiträge einer Weiterleitungsstelle ihrer Wahl zu übermitteln, entspricht einem bereits anlässlich des Gesetzgebungsverfahrens zum Verwaltungsvereinfachungsgesetz unterbreiteten Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die mit einer ausreichenden Vorlaufzeit beabsichtigte Änderung des § 28f Abs. 4 SGB IV wird daher als sachgerecht erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 5 Nr. 4 § 28k SGB IV (Weiterleitung von Beiträgen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift zur Weiterleitung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung an die Fremdversicherungsträger soll dahingehend ergänzt werden, dass die Krankenversicherungsbeiträge von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds weiterzuleiten sind.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 182 (§ 271 SGB V, Errichtung eines Gesundheitsfonds). Es wird daher auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 (§ 271 SGB V) verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 4 wird gestrichen.



Artikel 5 Nr. 5 § 28I SGB IV (Einzugsvergütung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang den Spitzenverbänden der Krankenkassen übertragene Abstimmung einer Vereinbarung zur Beteiligung der Fremdversicherungsträger an den Kosten für die Durchführung des Beitrags- und Meldeverfahrens durch die Krankenkassen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit soll dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Verlagerung der bislang den Spitzenverbänden der Krankenkassen übertragenen Vereinbarungskompetenz auf einen neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird abgelehnt. Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 5 wird gestrichen.



**Artikel 5 Nr. 6
§ 28n Nr. 3 SGB IV (Verordnungsermächtigung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales soll dahingehend erweitert werden, dass dieses auch das Nähere zur Weiterleitung und Abrechnung der Beiträge an den beabsichtigten Gesundheitsfonds durch Rechtsverordnung zu regeln hat.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 182 (§ 271 SGB V, Errichtung eines Gesundheitsfonds). Es wird daher auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 182 (§ 271 SGB V) verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 6 wird gestrichen.



Artikel 5 Nr. 7

§ 28q Abs. 3 SGB IV (Gemeinsame Grundsätze zur Prüfung der Einzugsstellen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang den Spitzenverbänden der Krankenkassen übertragene Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit zur Vereinbarung von Prüfhilfen für Einzugsstellenprüfungen soll dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Verlagerung der bislang von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommenen Aufgaben auf einen neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird abgelehnt. Ausführliche Begründung siehe Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 7 wird gestrichen.



Artikel 5 Nr. 8

§ 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IV (Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane bei Ersatzkassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, wonach bei den Ersatzkassen die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane ausschließlich aus Versichertenvertretern erfolgt, gilt nicht für vereinigte Ersatzkassen, die aus einer kassenartenübergreifenden Fusion hervorgehen, sowie für neu gegründete Institutionen.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Die Änderung hätte zur Folge, dass kassenartenübergreifende Fusionen unter Beteiligung von Ersatzkassen nur unter erheblichem Verzicht der Selbstverwaltung der Ersatzkasse auf ihre bestehenden Vertretungsrechte erfolgen könnten. Fusionen unter Beteiligung von Ersatzkassen würden daher nur erschwert.

Bei kassenartenübergreifenden Fusionen soll nach den vorliegenden Regelungen den Verwaltungsräten der beteiligten Körperschaften die Entscheidung darüber obliegen, welcher Kassenart die vereinigte Krankenkasse angehören soll. Dies ist auch sachgerecht. Entscheidet sich die Selbstverwaltung für die Kassenart "Ersatzkasse", sollte auch das Organisationsrecht der Ersatzkassen vollumfänglich Anwendung finden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 8 wird gestrichen.



Artikel 5 Nr. 9

§ 69 Abs. 5 SGB IV (Ausgleich, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, Kosten- und Leistungsrechnung, Personalbedarfsermittlung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen neben den Trägern der Rentenversicherung auch die Krankenkassen in geeigneten Bereichen des Haushalts- und Rechnungswesens ein Benchmarking durchführen.

B. Stellungnahme

Die Durchführung eines Benchmarkings bei den Krankenkassen macht bei den höchst unterschiedlichen Strukturen und Voraussetzungen der Krankenkassen wenig Sinn. Die Änderungsvorschrift ist verzichtbar.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 9 wird gestrichen.



Artike 5 Nr. 10

§ 117 SGB IV (Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht den Wegfall der Verwaltungskostenerstattung der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) vor.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird für zielführend erachtet, da die Verwaltungskostenerstattung der knappschaftlichen Rentenversicherung für die KVdR eine deutliche Wettbewerbsverzerrung darstellt.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Rentenversicherung)

Nr. 1

§ 106 SGB VI (Beitragszuschuss für freiwillig und privat krankenversicherte Rentner)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss für freiwillig versicherte Rentner wird in Höhe des um 0,9 Beitragssatzpunkte abgesenkten allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen gezahlt. Gleiches gilt für die privat versicherten Rentner.

Die Regelungen über den zeitlichen Vorlauf bei Beitragssatzänderungen oder die Geltung des Beitragssatzes für die Zeit vom 1.7. des laufenden Kalenderjahres bis zum 30.6. des Folgejahres (bei privat Krankenversicherten) werden gestrichen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Rechts zur Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 (§ 241 SGB V) wird verwiesen.

Wegen des Wegfalls des zeitlichen Vorlaufs von drei Monaten bei Beitragssatzveränderungen wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 165 (§ 247 SGB V) verwiesen.

Hinsichtlich des neuen versicherungspflichtigen Personenkreises nach Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wurde zu Artikel 1 Nr. 168 (§ 249a SGB V) gefordert, Nichtversicherte, die eine Rente beziehen, wie freiwillig Versicherte zu behandeln. Der Rentenversicherungsträger soll einen Beitragszuschuss gewähren. Deshalb wird eine entsprechende Regelung vorgeschlagen.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 6 Nr. 1 wird ein Buchstabe b) mit folgendem Wortlaut eingefügt:

"Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

(2a) Abweichend von Absatz 1 erhalten Rentenbezieher, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, einen Beitragszuschuss. Absatz 2 gilt entsprechend."

der bisherige Buchst. b) wird Buchst. c)



**Artikel 6, Nr. 2
§ 154 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI (Niveausicherungsklausel)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Eckwerten der Niveausicherungsklausel soll die Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung u.a. gemindert um den allgemeinen Beitragsanteil anstatt wie bisher um den durchschnittlichen Beitragsanteil berücksichtigt werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuordnung des Rechts zur Bestimmung der Beitragssätze. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V). Deshalb wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 6 Nr. 2 wird gestrichen.



Artikel 6, Nr. 3 § 163 Abs. 10 SGB VI (Beitragsberechnung in der Gleitzone)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zur Bestimmung des Faktors F als Eckwert für die Beitragsberechnung in der Gleitzone soll der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz unter Berücksichtigung des nach § 241 SGB V von der Bundesregierung festgelegten allgemeinen Beitragssatzes ermittelt werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuordnung des Rechts zur Bestimmung der Beitragssätze. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V). Deshalb wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 6, Nr. 3 wird gestrichen.



Artikel 7 (Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 SGB IX (Qualitätssicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Stationäre Rehabilitationseinrichtungen werden zur Zertifizierung eines einrichtungs-internen Qualitätsmanagements verpflichtet.
- b) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger werden verpflichtet, die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren zu vereinbaren. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

B. Stellungnahme

Eine Zertifizierungspflicht für stationäre Rehabilitationseinrichtungen führt zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand und zusätzlichen Kosten, ohne dass ein nachweislicher Nutzen für die Versorgung der Versicherten zu erwarten ist. Gängige Zertifizierungsverfahren verursachen Kosten von rund 30.000 € pro Zertifizierung. Aufgrund der bestehenden Empfehlungen nach § 20 SGB IX sind die Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement bereits festgelegt. Eine Überprüfung erfolgt im Rahmen der etablierten Qualitätssicherungsverfahren. Vor diesem Hintergrund wird eine Zertifizierungspflicht abgelehnt. Im Übrigen erfolgt durch die Begrenzung auf die stationären Einrichtungen eine Wettbewerbsverzerrung im Vergleich zu den ambulanten Einrichtungen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 1 wird gestrichen.



**Artikel 7 Nr. 2
§ 21 SGB IX (Verträge mit Leistungserbringern)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zu § 20 Abs. 2 SGB IX werden Einrichtungen nur dann als geeignet eingestuft, wenn sie zertifiziert sind.

B. Stellungnahme

Eine Zertifizierungspflicht wird abgelehnt (vgl. Anmerkungen zu Artikel 7 Nr. 1, § 20 SGB IX). Damit entfällt auch die Änderungsnotwendigkeit des § 21 SGB IX.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 2 wird gestrichen.



Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe a)

§ 43b SGB XI (Inhaltsübersicht / Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung des Inhaltsverzeichnisses in Folge der Streichung des Artikels 8 Nr. 14 (§ 43b SGB XI).

B. Stellungnahme

Folgerichtige Anpassung des Inhaltsverzeichnisses.

D. Änderungsvorschlag

Siehe hierzu die Ausführungen zu (Artikel 8 Nr. 14) § 43b SGB XI.



**Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe b)
§ 92b SGB XI (Inhaltsübersicht / Integrierte Versorgung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung des Inhaltsverzeichnisses in Folge der Einführung des § 92b SGB XI.

K. B. Stellungnahme

Folgerichtige Anpassung des Inhaltsverzeichnisses.

C. Änderungsvorschlag

Siehe hierzu die Ausführungen zu § 92b SGB XI.



Artikel 8 Nr. 2

§ 8 Abs. 3 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung / Durchführung von Modellvorhaben)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht können die Spitzenverbände der Pflegekassen einheitlich und gemeinsam aus den Mitteln des Ausgleichsfonds Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige durchführen und mit Leistungsanbietern vereinbaren. Diese Vertragskompetenz soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Nr. 149 § 217a SGB V.) Folglich wird auch die Übertragung der Vertragskompetenz über die Vereinbarung von Modellvorhaben von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 2 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 3

§ 10 Abs. 1 SGB XI (Aufgaben des Bundes / Besetzung des Ausschusses)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht gehören dem beim BMG angesiedelten Ausschuss für Fragen der Pflegeversicherung neben den beteiligten Ressorts, den zuständigen obersten Landesbehörden, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. auch die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen an. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Nr. 149 § 217a SGB V.) Folglich wird auch der Übergang der Besetzung des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung und der damit verbundenen Aufgaben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 3 wird gestrichen.



**Artikel 8 Nr. 4
§ 15 Abs. 3 SGB XI (Stufen der Pflegebedürftigkeit)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt sicher, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann bei der (Pflege-)Begutachtung Berücksichtigung finden können, wenn der Hilfebedarf zu einem Leistungsanspruch nach dem SGB V (§ 37 SGB V) führt.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift wird für zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 8 Nr. 5
§ 17 Abs. 1 SGB XI (Richtlinien der Pflegekassen / Pflegebegutachtung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht beschließen die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie Härtefall-Richtlinien. Diese Aufgaben werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich wird auch der Übergang der Richtlinienkompetenz der Pflegekassen von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 5 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 6

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI (Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung für Nichtversicherte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Einführung der Pflegeversicherungspflicht für bisher nichtversicherte Personen, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte in der Krankenversicherung. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und cc (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen.

Wird dem Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen gefolgt, die Krankenversicherung der Nichtversicherten durch ein Beitrittsrecht sicherzustellen, ist die Regelung in der Pflegeversicherung entbehrlich, weil dann Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI entsteht.

Unabhängig davon gilt es, Folgendes zu berücksichtigen:

Der Satzteil „weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten“ ist entbehrlich, weil die Bezugnahme auf § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V diesen Tatbestand bereits impliziert. Zudem hätte es heißen müssen „keinen anderweitigen Anspruch“ um einen Gleichklang mit dem Krankenversicherungsrecht herzustellen.

Wird an der Versicherungspflicht für Nichtversicherte festgehalten sind Konkurrenzen mit bestehenden freiwilligen Versicherungen nach § 26a SGB XI nicht ausgeschlossen. Ob eine Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI eine Versicherung nach § 26a SGB XI automatisch verdrängt, ist fraglich, weil § 49 Abs. 3 SGB XI keine Regelung entsprechend § 191 Nr. 2 SGB V enthält, nach der eine freiwillige Versicherung endet, sobald eine Pflichtversicherung eintritt. Auch im Hinblick auf die mögliche Beitragsübernahme nach § 32 SGB XII ist eine klare Abgrenzung erforderlich.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 6 wird gestrichen.

Für den Fall, dass die Krankenversicherung der Nichtversicherten nicht durch ein von den Spitzenverbänden favorisiertes Beitrittsrecht sichergestellt wird, wird folgender Änderungsvorschlag unterbreitet:



Artikel 7 Nr. 6 wird wie folgt gefasst:

In § 20 Abs. 1 Satz 2 wird in Nr.11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 12 angefügt:

"12. Personen, die nach § 5 Abs. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen, es sei denn, sie sind bereits nach § 26a SGB XI versichert."



**Artikel 8 Nr. 7
§ 33 Abs. 1 SGB XI (Leistungsvoraussetzung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderungsvorschrift ist die entsprechende Anwendung des mit Artikel 1 Nr. 32 neu eingeführten § 52a SGB V (Leistungsausschluss) für die Pflegeversicherung vorgesehen. Damit soll die Solidargemeinschaft der Versicherten vor einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen geschützt werden.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird vom Grundsatz her begrüßt. Es wird auf die Stellungnahme und den Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 52a SGB V) verwiesen. Soweit dem dortigen Änderungsvorschlag gefolgt wird, wird die vorliegende Änderungsvorschrift begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 8 Nr. 8
§ 36 Abs. 2 SGB XI (Pflegesachleistung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt klar, dass verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nicht doppelt durch Kranken- und Pflegeversicherung geleistet werden.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



Artikel 8 Nr. 9

§ 37 Abs. 4 und 5 SGB XI (Formularwesen / Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen den Pflegediensten und Pflegefachkräften ein einheitliches Formular für die Bestätigung ihrer Beratungseinsätze und –gespräche zur Verfügung. Dieses Formular dient auch für die Notiz von Anregungen zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation. Diese Aufgabe der Qualitätssicherung soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich wird auch der Übergang der Qualitätssicherung im Pflegebereich von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 9 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 10

§ 40 Abs. 1 SGB XI (Pflegehilfsmittel und Technische Hilfen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Änderungen zur Hilfsmittelversorgung der GKV (vgl. § 33 SGB V) werden entsprechend für die Pflegehilfsmittelversorgung durch die Pflegeversicherung übernommen.

B. Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 33 SGB V) wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 33 SGB V) wird verwiesen.

Ungeachtet der vorstehenden Ausführungen sollte durch Artikel 8 Nr. 10 der § 40 Abs. 2 SGB XI um folgenden Halbsatz ergänzt werden: "...; hierfür entstehende Kosten können den Pflegebedürftigen auf Antrag auch pauschal erstattet werden."

Begründung:

Seit Einführung der Pflegeversicherung hatte sich in der Praxis eine Verfahrensweise etabliert, dass die vom Pflegebedürftigen bzw. seinen pflegenden Angehörigen in der Regel selbst beschafften, zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach Einreichung der entsprechenden Quittungsbelege und Prüfung durch die Pflegekasse bis zu einer Höhe von (damals 60,-- DM) 31 Euro durch die Pflegekassen erstattet wurden. Diese - zu begrüßende - versichertenfreundliche und unter verwaltungsökonomischen Aspekten beschriebene Verfahrensweise musste auf Intervention des Bundesversicherungsamtes (BVA) zum 01.01.2005 rückgängig gemacht werden (Rückkehr zum Sachleistungsprinzip / Abrechnung mit zurzeit rd. 20.000 Leistungserbringern).



**Artikel 8 Nr. 11
§ 41 Abs. 2 SGB XI (Tages- und Nachtpflege)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Übergangsregelung, wonach die Pflegekassen auch die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zu übernehmen haben, wird nunmehr in ein Dauerrecht umgewandelt.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 8 Nr. 12
§ 42 Abs. 2 SGB XI (Kurzzeitpflege)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Übergangsregelung, wonach die Pflegekassen auch die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zu übernehmen haben, wird nunmehr in ein Dauerrecht umgewandelt.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 8 Nr. 13
§ 43 Abs. 2, 3 und 5 SGB XI (Vollstationäre Pflege)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Ausführungen zu Artikel 8 Nr. 11 und 12 (§ 41 bzw. § 42 SGB XI) betreffend die medizinische Behandlungspflege gelten entsprechend. Hiernach wird die bisherige Übergangsregelung, nach der die Pflegekassen auch die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zu übernehmen haben, nunmehr in ein Dauerrecht umgewandelt.

Zugleich wird festgelegt, dass die bisherigen Leistungsbeträge über den 30.06.2007 hinaus gelten.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 8 Nr. 14

§ 43b SGB XI (Finanzierungszuständigkeit / Kosten der medizinischen Behandlungspflege)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung des § 43b SGB XI ist eine Folgeregelung mit Blick auf die nunmehr vorgeordnete Dauerregelung, wonach die Pflegekassen die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zu übernehmen haben (vgl. §§ 41, 42, 43 SGB XI).

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 8 Nr. 15

§ 44 Abs. 3 Satz 3 SGB XI (Vereinbarungen zum Meldeverfahren der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Pflegekassen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und den Trägern der Unfallversicherung Regelungen zum Meldeverfahren der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz zum Meldeverfahren der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 15 wird gestrichen.



Artikel 7 Nr. 16

§ 45 Abs. 3 SGB XI (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen über die einheitliche Durchführung sowie die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen, die die Kurse durchführen, schließen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Wegfall dieser Aufgabe der Verbände der Ersatzkassen ab. (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die Übertragung dieser Aufgabe von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 16 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 17
§ 45a Abs. 2 SGB XI (Berechtigter Personenkreis)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht beschließen die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und dem MDS im Rahmen der Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Pflege das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen als auch der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die Übertragung der Kompetenz zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Pflege von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 17 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 18

§ 45c Abs. 1, 6 und 7 SGB XI (Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen, im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und –konzepte der Pflege, durch Anteilsfinanzierung aus den Mitteln des Ausgleichsfonds den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und –strukturen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- b) Nach geltendem Recht beschließen die Spitzenverbände der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Pflegeversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung und zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und Modellprojekte. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- c) Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die Übertragung dieser Entscheidungskompetenz über die zu finanzierenden Projekte zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -konzepte der Pflegeversorgung von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- b) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die Übertragung dieser Vereinbarungskompetenz über die Voraussetzungen und Gestaltungsinhalte der Modellprojekte im Rahmen der Förderung von niedrigschwelligen Angeboten von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.



- c) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die Übertragung dieser Entscheidungskompetenz über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 18 Buchstaben a), b) und c) werden gestrichen.



Artikel 8 Nr. 19 § 46 SGB XI (Pflegekassen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Streichung der Regelung, dass die DRV Knappschaft-Bahn-See die Pflegeversicherung für die knappschaftlichen Versicherten durchführt.
2. Die Aufgabenstellung, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen das Nähere über die Verteilung der Erstattung der Verwaltungskosten regeln, wird auf den Spitzenverband Bund übertragen.

B. Stellungnahme

zu 1.: Es handelt sich um eine Folgeregelung zur generellen Öffnung der Knappschaft und deren Gleichstellung mit den allgemein wählbaren Krankenkassen.

zu 2.: Die Regelung wird abgelehnt. Ausführliche Begründung siehe § 217 a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

zu 1.: keiner

zu 2.: Die Regelung ist zu streichen.



**Artikel 8 Nr. 20
§ 47 Abs. 1 SGB XI (Satzung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Satzungsautonomie der Pflegekassen zur Regelung der Fälligkeit und Zahlung der Beiträge wird aufgehoben.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des Artikel 1 Nr. 140 (§ 194 Abs.1 Nr. 4 SGB V). Auf die diesbezügliche Stellungnahme wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 20 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 21

§ 47a SGB XI (Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht richten neben den Krankenkassen die Spitzenverbände der Pflegekassen Stellen ein, die sich mit der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen befassen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 21 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 22 Buchstabe a) § 49 Abs. 1 SGB XI (Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen zu § 49 Abs. 1 SGB XI regeln den Mitgliedschaftsbeginn und das Mitgliedschaftsende für bisher nichtversicherte Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Verbindung mit § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI versicherungspflichtig werden. Insofern werden die entsprechenden Vorschriften aus dem Fünften Buch für anwendbar erklärt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in der Krankenversicherung und der dazu korrespondierenden Vorschrift des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) und zu Artikel 8 Nr. 6 (§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, wird wie folgt Stellung genommen:

Die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung soll zum gleichen Zeitpunkt beginnen und enden wie in der Krankenversicherung. Einer Änderung des § 49 Abs. 1 SGB XI bedarf es nicht, weil auch für die anderen Personengruppen, die in der Pflegeversicherung versichert sind, die Regelungen der Krankenversicherung zum Mitgliedschaftsbeginn und -ende nicht ausdrücklich in § 49 SGB XI erwähnt werden. Dies ergibt sich bereits aus dem Grundsatz des § 1 Abs. 2 SGB XI (Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 22 Buchstabe a) wird gestrichen.



**Artikel 7 Nr. 22 Buchstabe b)
§ 49 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (Ende der Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen der Krankenversicherung zum Beginn und Ende der Mitgliedschaft bislang Nichtversicherter werden übernommen.

Es wird die Regelung gestrichen, dass die Mitgliedschaft freiwillig Pflegeversicherter endet, wenn sie für zwei Monate die fälligen Beiträge nicht gezahlt haben.

B. Stellungnahme

Soweit es um die Übernahme der Regelungen der Krankenversicherung zum Beginn und Ende der Mitgliedschaft bislang Nichtversicherter geht, handelt es sich um Folgeregelungen zur Einführung der Versicherungspflicht für Nichtversicherte in der Krankenversicherung durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) und der dazu korrespondierenden Änderungsvorschrift des Artikel 8 Nr. 6 (§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI). Auf die Stellungnahmen zu diesen Vorschriften wird verwiesen.

Soweit es um die Streichung der Regelung zum Versicherungsausschluss bei Nichtzahlen der Beiträge geht, macht die Regelung nur dann Sinn, wenn die Versicherung nach § 26a SGB XI immer von einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI abgelöst wird. Solange aber Einzelversicherungen nach § 26a SGB XI denkbar sind oder freiwillige Weiterversicherungen nach § 26 SGB XI, ist das Sanktionsmittel des Mitgliedschaftsverlustes weiterhin gerechtfertigt, zumal ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz nicht besteht und somit eine direkte Vergleichbarkeit mit freiwillig Krankenversicherten nicht besteht.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 22 Buchstabe b) wird gestrichen.



**Artikel 8 Nr. 23
§ 52 Abs. 1 und 3 SGB XI (Aufgaben auf Landesebene)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht nehmen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Aufgaben der Pflegekassen wahr. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Aufgabe genommen werden. Die Aufgabe wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen grundsätzlich ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e § 212 Abs. 5 SGB V). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 23 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 24 § 53 SGB XI (Aufgaben auf Bundesebene)

L. A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesverbände der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen nehmen zugleich die Aufgaben der Bundesverbände der Pflegekassen wahr. In gleicher Weise nehmen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr.

Diese Aufgaben werden auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 130 (§ 217a SGB V). Folglich wird auch die vorliegende Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgelehnt

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 24 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 25 § 53a SGB XI (Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht beschließen die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich Richtlinien über die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste.

Die Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen, für den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Aufgaben wahrzunehmen hat (vgl. Artikel 8 Nr. 24).

B. Stellungnahme

Die Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 130 (§ 217a SGB V). Folglich wird auch die vorliegende Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 25 wird gestrichen.



**Artikel 8 Nr. 26,
§ 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI (Richtlinien über den Nachweis der Elterneigenschaft)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht legen die Spitzenverbände der Pflegekassen die Richtlinien für den Nachweis der Elterneigenschaft bei der Prüfung, ob ein Beitragszuschlag bei Kinderlosigkeit zu zahlen ist, fest. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V). Folglich wird auch der Übergang der Richtlinienkompetenz über den Nachweis der Elterneigenschaft von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 26 wird gestrichen.



**Artikel 8 Nr. 27 Buchstabe a)
§ 57 Abs. 1 SGB XI (Beitragspflichtige Einnahmen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Verweisregelung zur Berücksichtigung der Vorschriften aus dem Fünften Buch zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen wird um den Hinweis auf Artikel 1 Nr. 154 zu § 227 neu SGB V erweitert.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Versicherungspflicht für Nicht-versicherte. Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 27 wird gestrichen.

Falls der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, ist Artikel 8 Nr. 27 nicht zu streichen.



Artikel 8 Nr. 27 Buchstabe b)

§ 57 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (Ermittlung des Beitragszuschlages in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird der Hinweis auf den durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen gestrichen. Als Referenzwert gilt künftig der allgemeine Beitragssatz nach Artikel 1 Nr. 159 (§ 241 SGB V).

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur den Änderungen bei der Festsetzung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 (§ 241 SGB V) wird verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 27 Buchstabe b) wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 28

§ 58 Abs. 1 Satz 1 SGB XI (Beitragstragung bei Arbeitnehmern)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Bestimmungen über die Beitragstragung bei Arbeitnehmern sollen entsprechend der Regelung in der Krankenversicherung auch auf Arbeitnehmer ausgedehnt werden, die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI (Nichtversicherte) der Versicherungspflicht unterliegen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Versicherungspflicht bei bisher unversicherten Personen. Vgl. Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) und Artikel 1 Nr. 167 (§ 249 SGB V). Da seitens der Spitzenverbände die Versicherungspflicht für diesen Personenkreis abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 28 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 29

§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI (Beitragstragung bei sonstigen Versicherten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Bestimmungen über die Beitragstragung bei sonstigen Versicherten sollen entsprechend der Regelung in der Krankenversicherung auch auf die Personen ausgedehnt werden, die nur nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI der Versicherungspflicht unterliegen.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Versicherungspflicht bei bisher nichtversicherten Personen. Auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) wird verwiesen. Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 29 wird gestrichen.

Falls der Gesetzgeber an der Einführung der Versicherungspflicht festhält, ist Artikel 8 Nr. 29 beizubehalten.



Artikel 8 Nr. 30 **§ 60 SGB XI (Zahlung und Weiterleitung der Beiträge zur Pflegeversicherung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegeversicherungsbeiträge sind wie die Krankenversicherungsbeiträge an die Einzugsstellen oder an den Gesundheitsfonds zu zahlen. Soweit Beiträge an die Einzugsstelle zu zahlen sind, hat sie diese an den Gesundheitsfonds arbeitstäglich weiterzuleiten. Dieser leitet sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI weiter.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds und zur Beitragszahlung und Beitragsweiterleitung an diesen. Es soll insoweit ein Gleichklang zwischen den Regelungen über die Beitragszahlung und -weiterleitung in der Pflegeversicherung mit denen der Krankenversicherung hergestellt werden.

Die Regelung wird abgelehnt. Vgl. Stellungnahme Artikel 1 Nr. 182 (§ 271 SGB V) und zu Artikel 1 Nr. 171 (§ 252 SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 30 wird gestrichen.



**Artikel 8 Nr. 31
§ 65 SGB XI (Ausgleichsfonds)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesversicherungsamt soll künftig auch die vom Gesundheitsfonds überwiesenen Beiträge der Versicherten verwalten.

B. Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung des Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V), "Kassenindividueller Zusatzbeitrag". Die Änderung wird abgelehnt. Vgl. dazu die entsprechende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 31 wird gestrichen.



**Artikel 8 Nr. 32
§ 66 SGB XI (Finanzausgleich)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen. Dabei sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ersetzt werden.

B. Stellungnahme

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung des Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V). Die Änderung wird abgelehnt, vgl. dazu die entsprechende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V).

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 32 ist zu streichen.



Artikel 8 Nr. 33

§ 75 Abs. 6 SGB XI (Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen für die auf Landesebene zu schließenden Rahmenverträge für die Versorgung der Pflegebedürftigen. Diese Aufgabe der Spitzenverbände der Pflegekassen soll auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungen von Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 33 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 34 **§ 78 SGB XI (Verträge über Pflegehilfsmittel)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Folgeänderung im SGB XI mit Blick auf die Neufassung des § 139 SGB V. Die Vorschrift sieht neben dem Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern von Pflegehilfsmitteln das Verfahren und die Voraussetzungen zur Erstellung und Fortschreibung des Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnisses vor und entspricht im Grundsatz den bisherigen Regelungen des § 78 SGB XI.

Sowohl der Abschluss gemeinsamer (Pflege-Hilfsmittel-)Verträge mit den Leistungserbringern als auch die Erstellung des gemeinsamen Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnisses wird von den heutigen Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen (vgl. Artikel 9 § 78 SGB XI).

Durch die vorgesehene Änderung von § 52 Abs. 4 SGB XI (vgl. Artikel 8 Nr. 23) werden bisherige Aufgaben auf Landesebene von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

- b) Durch die Neufassung der Absätze 1 bis 3 ist der bisherige Abs. 4 entbehrlich, da im Abs. 3 (neu) enthalten.
- c) Der bisherige Abs. 5 wird damit folgerichtig Abs. 4 (neu).

B. Stellungnahme

- a) Auf die Stellungnahme zu § 139 SGB XI (vgl. Artikel 1 Nr. 116) wird verwiesen

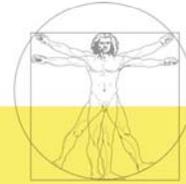
Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen eine Errichtung des Spitzenverbandes Bund ab (zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Die Regelung soll gestrichen werden (vgl. Artikel 9 § 78 SGB XI).

Die Übertragung von Aufgaben auf Landesebene von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen (vgl. Artikel 8 Nr. 23) wird abgelehnt (vgl. grundsätzliche Kritik bei § 212 Abs. 5 SGB V).

- b) Redaktionelle Anpassung.
- c) Redaktionelle Anpassung.

C. Änderungsvorschlag

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



GKV
Die Gesetzlichen Krankenkassen

- a) Keiner
- b) Keiner
- c) Keiner



Artikel 8 Nr. 35

§ 80 Abs. 1 SGB XI (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht vereinbaren die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Diese Aufgabe der Spitzenverbände der Pflegekassen soll auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch der Übergang der Richtlinienkompetenz über die Grundsätze und Maßstäbe der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der Pflegequalität von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 35 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 36 § 81 SGB XI (Verfahrensregelungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Folgeänderung zu der neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen. Die bisherigen Stimmenverhältnisse bleiben trotz der organisationsrechtlichen Änderungen erhalten.
- b) Folgeänderung zu der neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen. Die bisherigen Stimmverhältnisse bleiben trotz der organisationsrechtlichen Änderungen erhalten.
- c) Folgeänderung zu der neuen Organisationsstruktur der Verbände der Kranken- und Pflegekassen. Die bisherigen Stimmverhältnisse bleiben trotz der organisationsrechtlichen Änderungen erhalten.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 144 (§ 212 SGB V) und Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)), wird auch diese Folgeregelung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 36 ist zu streichen.



**Artikel 8 Nr. 37
§ 82 Abs. 1 SGB XI (Finanzierung der Pflegeeinrichtungen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im GKV-Bereich (vgl. § 37 SGB V) wird der Begriff der "Häuslichkeit" ausgeweitet. Die GKV wird künftig Kosten für die medizinische Behandlungspflege bei Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege übernehmen, bei denen außergewöhnlich hohe Aufwendungen für die Behandlungspflege anfallen (z. B. Wachkomapatienten, Apalliker).

B. Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu § 37 SGB V wird verwiesen

C. Änderungsvorschlag



**Artikel 8 Nr. 38
§ 84 Abs. 1 SGB XI (Bemessungsgrundsätze)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Vgl. die Ausführungen zur Änderung des Artikel 8 Nr. 37 (§ 82 Abs. 1 SGB XI).

B. Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 22 (§ 37 SGB V) verwiesen.

C. Änderungsvorschlag



Artikel 8 Nr. 39 **§ 92a Abs. 2, 5 und 6 SGB XI (Pflegeheimvergleich)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht beauftragen die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen eine oder mehrere Stellen zur Durchführung des Pflegeheimvergleichs. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden. Diese Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen.
- b) Die Bundesregierung ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Pflegeheimvergleich anzuordnen. Vor Erlass dieser Rechtsverordnung sind u. a. die Spitzenverbände der Pflegekassen anzuhören. Diese Funktion wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund übertragen.
- c) Nach geltendem Recht sind die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen berechtigt jährlich Verzeichnisse der Pflegeheime mit den in Pflegeheimvergleich ermittelten Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten zu veröffentlichen. Diese Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen und die der Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V und Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e § 212 SGB V). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.
- b) Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 § 217a SGB V.) Folglich wird auch der Übergang des Anhörungsrechts zur Rechtsverordnung über den Pflegeheimvergleich von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- c) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund wie auch den Übergang der Aufgaben von den Verbänden der Ersatzkassen auf Landesebene auf die Ersatzkassen ab. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V) und Nr. 144 Buchstabe e (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 39 Buchstabe a), b) und c) wird gestrichen.



**Artikel 8 Nr. 40
§ 92b SGB XI (Integrierte Versorgung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Möglichkeiten für Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen eröffnet, sich an der integrierten Versorgung (§ 140b SGB V) zu beteiligen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 120 (§ 140b SGB V) wird verwiesen.



**Artikel 8 Nr. 41
§ 94 SGB XI (Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, dass es den Pflegekassen künftig ermöglicht werden soll, sich an Verträgen zur integrierten Versorgung zu beteiligen (vgl. § 92b SGB XI). Sie schafft insoweit die notwendige datenschutzrechtliche Grundlage zur Erhebung personenbezogener Daten.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift wird für zielführend erachtet.

D. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 8 Nr. 42

§ 104 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI (Pflichten der Leistungserbringer)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung, dass die Leistungserbringer auch im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b SGB V) berechtigt und verpflichtet sind, bestimmte Daten aufzuzeichnen und den Pflegekassen zu übermitteln.

M. B. Stellungnahme

Folgerichtige Anpassung zu § 92b SGB XI (Beteiligung an der integrierten Versorgung).

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 8 Nr. 43

§ 105 Abs. 2 SGB XI (Abrechnung pflegerischer Leistungen / Vereinbarung zum Datenträgeraustausch)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht legen die Spitzenverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer das Nähere über die Form und den Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustausches fest. Diese Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V). Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz im Rahmen des Abrechnungsverfahrens und des Datenträgeraustausches von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 43 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 44

§ 113 Abs. 2 Satz 2 SGB XI (Leistungs- und Qualitätsnachweise)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht kann die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen der Träger der Pflegeeinrichtungen nur durch von Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden. (Die Aufgabenwahrnehmung für die Bundesverbände der Pflegekassen erfüllen nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XI die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen).

Die Aufgabe der Anerkennung von Sachverständigen und Prüfstellen wird durch die vorliegende Änderungsvorschrift von den Bundesverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen. Die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen erfüllt künftig der Spitzenverband der Krankenkassen.

N. B. Stellungnahme

Die Anerkennung von Sachverständigen und Prüfstellen soll durch die Änderungsvorschrift dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen werden, für den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Aufgaben wahrnimmt. Vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 8 Nr. 24 (§ 53 SGB XI). Die Errichtung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die vorliegende Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 44 wird gestrichen.



Artikel 8 Nr. 45

§ 118 Abs. 2, 3 und 4 SGB XI (Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung wird ermächtigt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und stationären Pflege zu erlassen. Nach geltendem Recht legen die Landes- und Spitzenverbände, mit fachlicher Beteiligung des MDK und MDS, die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von Sachverständigen und Prüfstellen fest. Die Aufgabe wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217 a SGB V). Folglich wird auch der Übergang der Vereinbarungskompetenz über Qualitätsberatungs- und Prüfanforderungen und Maßnahmen von den Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 45 wird gestrichen.



Artikel 9 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch) § 78 SGB XI (Verträge über Pflegehilfsmittel)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Sowohl der Abschluss gemeinsamer (Pflege-Hilfsmittel-)Verträge mit den Leistungserbringern als auch die Erstellung des gemeinsamen Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnisses wird von den heutigen Spitzenverbänden der Pflegekassen auf den Spitzenverband bund der Pflegekassen übertragen.
- b) Siehe Buchstabe a).
 - aa) Siehe vorstehend.
 - bb) Siehe vorstehend.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen eine Einrichtung des Spitzenverband Bund ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Die Regelung soll gestrichen werden.
- b) Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen eine Einrichtung des Spitzenverband Bund ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Die Regelung soll gestrichen werden.
 - aa) Siehe vorstehend.
 - bb) Siehe vorstehend.

C. Änderungsvorschlag

- a) Keiner
- b) Keiner
 - aa) Keiner
 - bb) Keiner



Artikel 10 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch) § 32 SGB XII (Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen durch den Sozialhilfeträger)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Sozialhilfeträger wird zur Übernahme der Beiträge von bisher nicht versicherten Personen sowie von freiwillig Versicherten auch dann verpflichtet, wenn keine originäre Bedürftigkeit besteht oder die Bedürftigkeit nur durch Beitragszahlung beim Versicherten entsteht.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der Versicherungspflicht der Nichtversicherten und zum Wegfall des Mitgliedschaftsverlustes freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung der Beiträge.

Zu den grundsätzlichen Bedenken gegenüber diesen Maßnahmen vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und cc) (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) und zu Artikel 1 Nr. 139 (§ 191 SGB V Wenn, wie von den Spitzenverbänden vorgeschlagen, auf die Versicherungspflicht zugunsten eines Beitrittsrechts verzichtet wird, ist die hier vorgesehene Änderung überflüssig.

Bleibt es bei der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, muss die Regelung des § 32 SGB XII durch eine entsprechende Anpassung von § 26 Abs. 3 SGB II flankiert werden, denn diese Vorschrift im Zweiten Buch wird in seiner jetzigen Form als unzureichend beurteilt. Nach § 26 Abs. 3 SGB II übernimmt der Leistungsträger auf Antrag im erforderlichen Umfang die Aufwendungen für die angemessene Kranken- und Pflegeversicherung, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden. Diese Formulierung überlässt dem Leistungsträger nach SGB II einen viel zu großen Ermessensspielraum. Ein solcher Ermessensspielraum ist für die Beitragsübernahmeverpflichtung nach § 32 SGB XII nicht vorgesehen. Hier ergibt sich eine faktische Verpflichtung für die Beitragsübernahme durch den Sozialhilfeträger. Diese Verpflichtung muss auch für den Leistungsträger nach dem SGB II gelten. Insoweit gilt es zu berücksichtigen, dass eine Beitragsübernahme nach § 32 SGB XII nur für nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige infrage kommt. Die Beitragsübernahme für die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen aber von den Leistungsträgern nach dem SGB II (Bundesagentur für Arbeit oder Optionskommunen) zu erbringen ist.

C. Änderungsvorschlag



In Artikel 3 wird folgende Nr. 1 aufgenommen:

„Nr. 1 „In § 26 wird Abs. 3 wie folgt gefasst und folgende Absätze werden angefügt:

(3) Für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Fünften Buches oder des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten, werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 9 erfüllen. § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden. Bei Pflichtversicherten im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, die die Voraussetzungen der § 9 nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, sind die Beiträge auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe dorthin zu zahlen; die Leistungsberechtigten sind hiervon sowie von einer Verpflichtung nach § 23 Abs. 5 schriftlich zu unterrichten. Die Anforderung der Krankenkasse nach Satz 4 hat einen Nachweis darüber zu enthalten, dass eine zweckentsprechende Verwendung der Leistungen für Beiträge durch den Leistungsberechtigten nicht gesichert ist.

(4) Für freiwillig Versicherte im Sinne des § 9 des Fünften Buches können Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, soweit die Voraussetzungen des § 9 erfüllt werden. Zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung werden solche Beiträge übernommen, wenn Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist. § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 ist insoweit nicht anzuwenden.

(5) Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 3 und 4 umfasst bei Versicherten nach dem Fünften Buch auch den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches.

(6) Soweit nach den Absätzen 3 und 4 Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, werden auch die damit zusammenhängenden Beiträge zur Pflegeversicherung übernommen.



Artikel 11 (Änderung der Reichsversicherungsordnung) § 196 Abs. 2 RVO

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderungen in Artikel 1 § 33 SGB V (Buchstabe c) und e)). Ausgenommen sollen bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung die Zuzahlungsregelungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden. Auch die Regelungen zur Begrenzung des Leistungsanspruchs auf vereinbarte Preise bzw. Festbeträge bei Hilfsmitteln sollen hier nicht gelten.

B. Stellungnahme

Es bleibt bei der bisherigen Regelung, dass bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung keine Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von der Versicherten zu entrichten sind. Dies wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen begrüßt.

Allerdings kann nicht nachvollzogen werden, aus welchem Grund bei der Hilfsmittelversorgung die Regelungen zur Preisbegrenzung bei Inanspruchnahme von Nichtvertragspartnern auf vereinbarte Preise bzw. Festbeträge im Rahmen der Mutterschaftshilfe nicht gelten sollen. Diese vorgesehene Neuregelung widerspricht einer wirtschaftlichen Leistungserbringung und es sollte daher auf diese Regelung verzichtet werden.

C. Änderungsvorschlag

In § 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) geändert worden ist, wird die Angabe "§§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2" durch die Angabe "§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 8" ersetzt.



Artikel 12 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetz - KSVG)

Nr. 1

§ 10 KSVG (Beitragszuschuss für privat versicherte Künstler)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragszuschuss der Künstlersozialkasse für privat versicherte Künstler und Publizisten nach § 10 Abs. 2 Satz 2 KSVG orientiert sich künftig an der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte abgesenkten Beitragssatzes der Krankenkassen nach § 241 SGB V.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des Rechts zur Bestimmung des (allgemeinen) Beitragssatzes. Auf die ablehnende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159 (§ 241 SGB V) wird verwiesen und folgerichtig auch die vorliegende Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 12 Nr. 1 wird gestrichen.



**Artikel 12 Nr. 2 Buchst a)
§ 16 Abs. 1 Satz 2 KSVG (Beitragssatz für Künstler mit Krankengeldanspruch)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es soll die Regelung des § 16 Abs. 1 Satz 2 KSVG gestrichen werden, nach der Künstler einen erhöhten Beitragssatz zu zahlen haben, wenn Sie einen Krankengeldanspruch für Zeiten vor dem Beginn der siebten Woche gewählt haben.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des Rechts zum Krankengeldanspruch für hauptberuflich selbständig Tätige. Die Streichung von § 16 Abs. 1 Satz 2 KSVG impliziert, dass auch die pflichtversicherten hauptberuflich selbständig Tätigen Künstler und Publizisten entsprechend § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (vgl. Artikel 1, Nr. 30) grundsätzlich keinen Anspruch auf Krankengeld haben und nur über den Wahltarif nach § 53 Abs. 5 SGB V (vgl. Artikel 1 Nr. 33) sich mit Anspruch auf Krankengeld versichern können.

Die Vorschrift wird als zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



**Artikel 12 Nr. 2 Buchst. b)
§ 16 Abs. 1 Satz 3 KSVG (Prämienzahlung bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs
mit Krankengeldanspruch)**

A Beabsichtigte Neuregelung

Wenn ein pflichtversicherter selbständiger Künstler oder Publizist nach § 53 SGB V eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld gewählt hat, soll er eine zusätzliche Prämie zahlen. Diese Prämie soll er direkt an die Krankenkasse zahlen. Eine Beitragsabführung im Rahmen des allgemeinen Beitragsverfahrens an die Künstlersozialkasse ist hiernach nicht möglich.

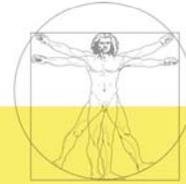
B. Stellungnahme

Die Zahlung der Prämie bei Wahl eines Tarifs mit Krankengeldanspruch ist in erster Linie eine Folgeregelung zur Einführung dieses Wahltarifs nach § 53 Abs. 5 SGB V. Dass die Prämie an die Krankenkasse direkt gezahlt werden soll ist jedoch eine Folge der Einführung eines Gesundheitsfonds, denn die regulären Beiträge der versicherungspflichtigen Künstler und Publizisten sollen über die Künstlersozialkasse direkt an den Gesundheitsfonds weitergeleitet werden. Da die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Einrichtung des Gesundheitsfonds ablehnen, ist auch diese Folgeregelung zurückzuweisen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 12 Nr. 2 Buchst.b) wird gestrichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



GKV
Die Gesetzlichen Krankenkassen

Artikel 13 (Änderungen des Bundesversorgungsgesetzes)

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel 14 (Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Es wird auf die gesonderte Stellungnahme des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) verwiesen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel 15 (Änderungen des Zeilen Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Es wird auf die gesonderte Stellungnahme des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) verwiesen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel 16 (weitere Änderungen des Zeilen Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte – KVLG 1989)

Es wird auf die gesonderte Stellungnahme des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) verwiesen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel 17 (Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte)

Es wird auf die gesonderte Stellungnahme des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK) verwiesen.



Artikel 18 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 8 Abs. 1 Satz 2 KHG (Voraussetzungen der Förderung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Förderung von Krankenhausinvestitionen gibt es für die zuständige Landesbehörde und den betreffenden Krankenhausträger nach dem KHG die Möglichkeit, eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Träger zu vereinbaren. Zu dieser Vereinbarung ist nach bislang geltendem Recht das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Vertragsparteien (Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) anzustreben. Mit der Änderung sollen an die Stelle der Verbände der Ersatzkassen künftig die Ersatzkassen treten.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e (§ 212 Abs. 5 SGB V). Folglich wird auch die hier vorgesehene Ersetzung der Verbände der Ersatzkassen durch die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 18 Nr. 1 ist zu streichen.



Artikel 18 Nr. 2 § 9 Abs. 3a Satz 1 KHG (Fördertatbestände)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen durch die Länder stehen einem Krankenhaus auch bei Verringerung der Bettenzahl dann die Beträge der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen zu, wenn u. a. der Bettenabbau auf einer Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 oder 5 SGB V beruht. Da in § 109 SGB V die Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen werden, handelt es sich bei der hier vorliegenden Neuregelung des KHG um eine entsprechende Folgeänderung.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Folgeänderung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 18 Nr. 2 ist zu streichen.



**Artikel 18 Nr. 3
§ 17 Abs. 5 Satz 3 KHG (Grundsätze der Pflegesatzregelung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, über die Zustimmung zu nicht öffentlichen Krankenhausinvestitionen zu entscheiden, wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Entscheidung über die Zustimmung zu nicht öffentlichen Krankenhausinvestitionen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 18 Nr. 3 ist zu streichen.



Artikel 18 Nr. 4

§ 17b KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a)
 - aa) Die Vereinbarungskompetenz auf der Bundesebene wird um Richtwerte oder Pauschalbeträge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten ergänzt.
 - bb) Ferner wird vorgeschrieben, dass im Rahmen der Kalkulationserhebung für so genannte Kostenausreißer zusätzlicher Datenerhebungen durchgeführt werden müssen.
- b)
 - aa) Die gegenwärtig bei den Spitzenverbänden liegende Vereinbarungskompetenz wird dem Spitzenverband Bund übertragen.
 - bb) Gleichzeitig wird für die gemeinsame Beschlussfassung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung festgelegt, dass der Spitzenverband Bund zwei Stimmen, der PKV-Verband eine Stimme hat. Bislang erfolgt die Beschlussfassung analog § 213 Abs. 2 SGB V mit der Maßgabe, dass das Beschlussgremium um einen Vertreter des PKV-Verbandes erweitert wird und für Beschlüsse mindestens sieben der zehn Stimmen notwendig sind.
- c)
 - aa) Die Kosten für die Erhebung bzw. Ermittlung der Richtwerte oder Pauschalbeträge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten soll über den Systemzuschlag erfolgen.
 - bb) Den Krankenhäusern soll der durch Einbeziehung der Ausbildungsstätten entstehende zusätzliche Kalkulationsaufwand erstattet werden.

B. Stellungnahme

ad a) und c)

Die Vereinbarungskompetenz von Richtwerten oder Pauschalbeträgen zur Finanzierung der Ausbildungsstätten ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Jedoch führt die Regelung, dass die Kosten zur Entwicklung der Richtwerte oder Pauschalbeträge über den Systemzuschlag zu finanzieren sind, dazu, dass indirekt das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft präferierte Verfahren einer analytischen Ermittlung präjudiziert wird ("Sollkostendeckungsprinzip"). Für das von den Krankenkassen favorisierte empirische Verfahren ist eine solche Finanzierungsregelung unzweifelhaft nicht erforderlich. Daher wird diese Regelung von den Spitzenverbänden abgelehnt. Dasselbe gilt für die Neuregelung, wonach den Krankenhäusern der Aufwand für die eigene Forderungskalkulation erstattet werden soll.



Die Selbstverwaltungspartner hatten sich bereits auf Sondererhebungen für Kostenausreißer verständigt, so dass die Regelung überflüssig ist.

- ad b) Heute liegt die Vereinbarungskompetenz für das Vergütungssystem auf seiten der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Spitzenverbänden. Die Aufgabe soll durch die Änderungsvorschrift dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden, dessen Errichtung die Spitzenverbände ablehnen (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V). Folglich wird auch die vorliegende Aufgabenübertragung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 18 Nr. 4 wird gestrichen.



Artikel 18 Nr. 5

§ 17c KHG (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Stichprobenprüfung bei Abrechnungen von Pflegesätzen durch den MDK kann künftig mehrheitlich von den Krankenkassen veranlasst werden.
- b) Auch nach 2004 soll geprüft werden können, ob neben zu hohen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind.
- c) Die Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene werden auf Krankenkassenseite entsprechend der Regelungen zum vorgesehenen Spitzenverband Bund angepasst.
 - aa) Die Aufgabe, Vertreter für den Schlichtungsausschuss für Prüfergebnisse und den sich daraus ergebenden Folgen zu benennen, wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.
 - bb) Die Aufgabe, sich zusammen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft auf einen unparteiischen Vorsitzenden für den Schlichtungsausschuss zu einigen, wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.
 - cc) Die Aufgabe, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Empfehlungen zum Prüfverfahren abzugeben, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen.
 - dd) Die Möglichkeit, bei Uneinigkeit zu einer Empfehlung zum Prüfverfahren einen Antrag auf einen Schiedsamtentscheid zu stellen, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund übertragen.

B. Stellungnahme

- a) Die Regelungen zur mehrheitlichen Entscheidung zur Veranlassung von Stichprobenprüfungen wird begrüßt.
- b) Die Entfristung der Regelung zur Prüfung von zu niedrigen Abrechnungen ist entbehrlich.
- c)
 - aa) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Benennung von Vertretern für den Schlichtungs



ausschuss für Prüfergebnisse und den sich daraus ergebenden Folgen von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

- bb) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Aufgabe, sich zusammen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft auf einen unparteiischen Vorsitzenden für den Schlichtungsausschuss zu einigen, von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.
- cc) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die Übertragung der Aufgabe, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Empfehlungen zum Prüfverfahren abzugeben, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- dd) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die Übertragung der Möglichkeit, bei Uneinigkeit zu einer Empfehlung zum Prüfverfahren einen Antrag auf einen Schiedsamtentscheid zu stellen, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 18 Nr. 5 sind die Buchstaben b) und c) zu streichen.



Artikel 18 Nr. 6 § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG (Pflegesatzverfahren)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit, sich neben den Landesverbänden der Krankenkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Landeskrankenhausgesellschaft an den Pflegesatzverfahren zwischen den Vertragsparteien Krankenhausträger und Sozialleistungsträger zu beteiligen, wird von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene Übertragung der Möglichkeit, sich neben den Landesverbänden der Krankenkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Landeskrankenhausgesellschaft an den Pflegesatzverfahren zwischen den Vertragsparteien Krankenhausträger und Sozialleistungsträger zu beteiligen, von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 18 Nr. 6 ist zu streichen.



**Artikel 18 Nr. 7
§ 18a Abs. 6 KHG (Schiedsstelle)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Schiedsstelle (z. B. für Streitfragen zu den Grundsätzen der Datenübermittlung) zu bilden, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch der Übergang der Aufgabe, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Schiedsstelle zu bilden, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 18 Nr. 7 ist zu streichen.



Artikel 18 Nr. 8 § 27 KHG (Zuständigkeitsregelung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die im KHG genannten Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen werden generell auf die künftig von den Ersatzkassen zu benennenden Bevollmächtigten (siehe Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)) übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene generelle Aufgabenübertragung von den Verbänden der Ersatzkassen auf die von den Ersatzkassen zu benennenden Bevollmächtigten abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 18 Nr. 8 ist zu streichen.



Artikel 18 Nr. 9 § 28 KHG (Auskunftspflicht und Statistik)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Rechtsgrundlage für die Auswertung der Leistungsdaten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG (siehe auch Artikel 19 Nr. 6) durch die Bundesregierung bzw. das Statistische Bundesamt geschaffen.

B. Stellungnahme

Die Verwendung der Leistungsdaten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG für die Erstellung der Bundesstatistiken ist zu begrüßen, wenn hierdurch Bürokratie abgebaut werden kann. Hierzu bedarf es jedoch weiterer Änderungen: Die Datenerhebung nach § 21 KHEntgG sollte auf alle Krankenhausfälle und nicht nur auf DRG-Fälle ausgeweitet werden (siehe auch Artikel 19 Nr. 6).

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 19 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2008)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Ausgleichssatz für durch Leistungsrückgang entstehende Mindererlöse, den die Krankenkassen an die Krankenhäuser bei sinkenden Fallzahlen zu entrichten haben, wird herabgesetzt.

B. Stellungnahme

Die dem Grunde nach zu begrüßende Regelung zu den Mindererlösen wird mit der Regelung in § 10 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG (siehe Stellungnahme zu Artikel 19 Nr. 4) wirkungslos. Diese erlaubt nämlich, dass sinkende Fallzahlen keine Ausgabenminderung zur Folge haben müssen, sondern durch steigende Basisfallwerte ausgeglichen werden können. Die erhoffte Einsparung in Höhe von 0,2 Prozent der Krankenhausausgaben kann somit nicht erreicht werden.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 19 Nr. 2

§ 8 Abs. 9 KHEntgG (Berechnung der Entgelte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der ursprünglich angedachte Solidaritätsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von 1 Prozent wird auf 0,7 Prozent gesenkt. Gleichzeitig wird klargestellt, dass die Kürzung auf den Rechnungsbetrag vorzunehmen ist.

O. B. Stellungnahme

Die Regelung zur Kürzung der Rechnungsbeträge ist praktikabel und zu begrüßen. Die Regelung sollte auf die Entgelte für neue Untersuchungs -und Behandlungsmethoden ausgeweitet werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 19 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

"In dem § 8 KHEntgG neu anzufügenden Absatz 9 werden die Worte und 5 durch die Worte sowie 5 und 6 ersetzt."



Artikel 19 Nr. 3

§ 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (Vereinbarung auf der Bundesebene)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam Vereinbarungen zu Fallpauschalen, Zusatzentgelten, Abrechnungsbestimmungen und weitere relevante Vereinbarungen auf Bundesebene zu treffen, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz für die genannten Bundesvereinbarungen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 19 Nr. 3 ist zu streichen.



Artikel 19 Nr.4

§ 10 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG (Vereinbarung auf der Landesebene)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Veränderungsrate des Landesbasisfallwertes darf auch dann die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen übersteigen, wenn die Summe der effektiven Bewertungsrelationen (bewertete Leistungen) im Land gesunken ist.

B. Stellungnahme

Die Summe der effektiven Bewertungsrelationen wird von zwei Faktoren beeinflusst. Dabei handelt es sich zum einen um die relative Bewertung (Gewichtung) der jeweiligen Leistungen untereinander (technischer Effekt) und zum anderen um die Menge (Fallzahl) der jeweiligen Leistungen (Mengeneffekt). Da eine Differenzierung in einen technischen Effekt und einen Mengeneffekt nicht möglich ist, würde durch die beabsichtigte Neuregelung auch bei sinkenden Fallzahlen der Basisfallwert steigen können. Ein Leistungsrückgang würde so durch einen steigenden Basisfallwert ausgeglichen. Damit würden bspw. Leistungsverlagerungen in die integrierte Versorgung oder zum ambulanten Operieren nicht zu einer Verringerung der Krankenhausausgaben auf Landesebene führen. Der Grundsatz "Geld folgt Leistung" wird damit konterkariert. Die Regelung ist deshalb abzulehnen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 19 Nr. 4 ist zu streichen.



Artikel 19 Nr. 5

§ 20 KHEntgG (Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben nach dem KHEntgG werden generell von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab. (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene generelle Übertragung der Aufgaben von den Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen abgelehnt..

C. Änderungsvorschlag

Artikel 19 Nr. 5 ist zu streichen.



Artikel 19 Nr. 6

§ 21 KHEntgG (Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a)
 - aa) Es ist eine Erweiterung der Datenlieferung (u. a. Krankenhaus-, Patienten-, und Diagnosedaten) um Entgeltinformationen an das Bundesamt für Statistik vorgesehen.
 - bb) Eine unzulässige Verwendung der Daten gem. § 21 soll explizit als eine Ordnungswidrigkeit geahndet werden.
- b) Der Verwendungszweck der § 21-Daten wird auf die externe Qualitätssicherung erweitert.

B. Stellungnahme

- a)
 - aa) Die weitergehende Datenlieferung an das Statistische Bundesamt ist unkritisch. Jedoch sollte die Verpflichtung der Datenlieferung künftig für alle Krankenhäuser, d. h. auch für Krankenhäuser im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung gelten. In die Bundespflegesatzverordnung sollte daher eine entsprechende Verpflichtung zur Datenlieferung an das InEK aufgenommen werden.
 - bb) Strafrechtliche Androhungen gehören nicht in das Sozialrecht und sind deshalb abzulehnen. Die bestehenden strafrechtlichen Vorschriften dürften ausreichend sein.
- b) Die Nutzung der § 21-Daten für die externe Qualitätssicherung wird im Rahmen der Entbürokratisierung ausdrücklich begrüßt.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 19 Nr. 6 sind in Buchstabe a) der Doppelbuchstabe bb) zu streichen.



Artikel 20 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1

§ 5 Abs. 1 Satz 1 BPfIV (Krankenhausvergleich)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe, gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger einen Krankenhausvergleich zur Unterstützung der Vertragsparteien bei der Ermittlung vergleichbarer Krankenhäuser oder Abteilungen und der Bemessung medizinisch leistungsgerechter Budgets und tagesgleicher Pflegesätze zu erstellen, wird von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch der Übergang der Aufgabe, einen Krankenhausvergleich zu erstellen, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 20 Nr. 1 ist zu streichen.



**Artikel 20 Nr. 2
§ 12 Abs. 2 Satz 1 BPIfV (Flexibles Budget)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Parallelvorschrift zu § 4 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG zur Herabsenkung der Ausgleichsätze für Mindererlöse (siehe Stellungnahmen zu Artikel 19 Nr. 1 und Nr. 4).

B. Stellungnahme

Siehe Stellungnahmen zu Artikel 19 Nr. 1 und Nr. 4.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 20 Nr. 3
§ 14 BPfIV (Berechnung der Pflegesätze)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Parallelvorschrift zu § 8 Abs. 9 KHEntgG zur Rechnungskürzung (siehe Stellungnahme zu Artikel 19 Nr. 2).

B. Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Artikel 19 Nr. 2

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 20 Nr. 4

§ 15 Abs. 1 und 2 BPfIV (Vereinbarung auf Bundesebene)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe,

- gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Berichtigungsrate zu vereinbaren, die zur Budgetberichtigung angewandt wird, wenn die durchschnittlichen Auswirkungen der Krankenhaustarifabschlüsse nach BAT die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen übersteigen,
- mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft den einheitlichen Aufbau der Datensätze und die Grundsätze für die Übermittlung zu vereinbaren,

wird jeweils von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch der Übergang der genannten Vereinbarungskompetenzen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 20 Nr. 4 ist zu streichen.



Artikel 20 Nr. 5

§ 25 BPfIV (Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die in der BPfIV genannten Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen werden generell auf die künftig von den Ersatzkassen zu benennenden Bevollmächtigten (siehe Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)) übertragen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang der Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen ab (Zur Begründung vgl. die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich wird auch die hier vorgesehene generelle Aufgabenübertragung von den Verbänden der Ersatzkassen auf die von den Ersatzkassen zu benennenden Bevollmächtigten abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 20 Nr. 5 ist zu streichen.



Artikel 21 (Zulassungsverordnung Vertragsärzte)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen in der Zulassungsverordnung sind zum einen redaktionelle Folgeänderungen bezogen auf die im WSG vorgesehenen Änderungen der Organisationsstruktur auf Bundes- und Landesebene.

Zum anderen ist neben den redaktionellen Änderungen wegen der neuen Organisationsstruktur eine weitere Änderung in § 20 Abs. 1 ZulVO für Vertragsärzte vorgesehen: Das erforderliche Maß, in dem ein Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht, ist auch dann erfüllt, wenn er die Versorgung im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung, der Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung oder der Integrierten Versorgung erbringt.

B. Stellungnahme

Die Vorgabe in § 20 Abs. 1 ZulVO für Vertragsärzte ist folgerichtig. Bezüglich der Änderungen der Organisationsstruktur verwiesen wir auf die Stellungnahmen zu Art. 1 Nr. 144 Buchstabe e § 212 Abs. 5 SGB V sowie zu Art. 1 Nr. 149 § 217 a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Zustimmung zu § 20 Abs. 1 ZulVO Vertragsärzte. Ablehnung Änderungen der Organisationsstruktur.



Artikel 22 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Nr. 1

§ 6

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht werden Tatsachen, die für die Zulassung, ihr Ruhen, ihren Entzug oder ihr Ende von Bedeutung sind von Amts wegen oder auf Antrags des Zahnarztes, einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse, eines Landesverband der Krankenkassen oder der Verbände der Ersatzkassen, in den Registrierakten eintragen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 1 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 2

§ 9

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, die Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen das Zahnarztregister und bei berechtigten Interessen die Registrierakten einsehen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 2 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 3

§ 11

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht werden die Zulassungsbezirke von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbände sowie den Verbänden der Ersatzkassen gebildet. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 3 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 4

§ 12

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht obliegt Bedarfsplanung den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 4 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 5 § 13

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht sollen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Erfahrungen aus der Anwendung der Bedarfspläne im Abstand von drei Jahren auswerten. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.
- b)
- aa) Nach geltendem Recht sollen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen unterstützen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- bb) Nach geltendem Recht sollen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Erfahrungen aus der Anwendung der Bedarfspläne im Abstand von drei Jahren auswerten. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

- a) Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.
- b)
- aa) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch die Verlagerung der Kompetenz zur Unterstützung der Landesverbände der Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.
- bb) Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz zur Auswertung der Erfahrungen aus



der Anwendung der Bedarfspläne von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 5 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 6

§ 14

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht muss das Einvernehmen bei der Fortentwicklung des Bedarfsplanes zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen hergestellt werden. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 6 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 7

§ 16

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 16 Abs. 3 bis 7 sieht Regelungen für eine bestehende oder drohende Unterversorgung vor. Danach können bei einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung zum Ausgleich der Unterversorgung, Ablehnungen von Zulassungen in Gebieten ausgesprochen werden, die außerhalb der vom Landesausschuss als unterversorgt festgestellten Gebiete liegen. Damit soll die Versorgung der unterversorgten Gebiete prioritär wieder hergestellt werden. Die Regelungen zur Beseitigung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung sollen ersatzlos entfallen.

B. Stellungnahme

Um eine weitere Konzentration der zahnärztlichen Versorgung in den Ballungsgebieten, eine angebotsinduzierte Leistungsnachfrage und damit Ausgabensteigerungen für die Krankenkassen zu vermeiden, sollten die bestehenden Regelungen zur Bedarfsplanung beibehalten werden. Dies setzt zwingend voraus, dass die Landesausschüsse weiterhin sowohl das Vorliegen von Über- als auch Unterversorgung feststellen. Zum Ausgleich evtl. drohender Unterversorgungen muss eine Nachbesetzung unterversorgter Gebiete zu Lasten überversorgter Gebiete weiterhin möglich sein.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 7 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr 8. Abschnitt IV a

A. Beabsichtigte Neuregelung

Abschnitt IV a sieht Regelungen zur Feststellung einer Überversorgung und die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen vor. Die Regelungen zur Feststellung einer Überversorgung und der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen sollen ersatzlos entfallen.

B. Stellungnahme

Um eine weitere Konzentration der zahnärztlichen Versorgung in den Ballungsgebieten, eine angebotsinduzierte Leistungsnachfrage und Ausgabensteigerungen für die Krankenkassen zu vermeiden, sind die bestehenden Regelungen zur Bedarfsplanung beizubehalten. Dies setzt voraus, dass die Landesausschüsse weiterhin sowohl das Vorliegen von Über- als auch Unterversorgung feststellen. Zum Ausgleich evtl. drohender Unterversorgungen muss eine Nachbesetzung unterversorgter Gebiete zu Lasten überversorgter Gebiete weiterhin möglich sein.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 8. wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 9

§ 19

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 19 sieht Regelungen für die Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in zulassungsbeschränkten Bezirken vor. Durch den Fortfall der Zulassungsbeschränkungen für den vertragszahnärztlichen Bereich sollen diese Regelungen zukünftig entfallen.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände sprechen sich für ein Fortbestehen der Bedarfsplanung aus. Folglich müssen die Regelungen für Zulassungsbeschränkungen und die Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in zulassungsbeschränkten Gebieten bestehen bleiben.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 9. wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 10

§ 26

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht haben der Vertragszahnarzt, die Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbänden der Ersatzkassen Tatsachen, die das Ruhen der Zulassung bedingen können, dem Zulassungsausschuss mitzuteilen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 10. wird gestrichen



Artikel 22 Nr. 11

§ 27

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht können die Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen die Entziehung der Zulassung beantragen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 11 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 12

§ 28

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht haben, die Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen Tatsachen, die das Ende der Zulassung bedingen, dem Zulassungsausschuss mitzuteilen. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 12 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 13

§ 31

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Nach geltendem Recht können die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die die Ermächtigung zur Erbringung bestimmter zahnärztlicher Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung vorsehen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.
- b) Nach geltendem Recht haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen Regelungen über die Ermächtigung von Zahnärzten zu treffen, die als Staatsangehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieser Verordnung im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages ausüben dürfen. Diese Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkasse auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

B. Stellungnahme

a) und b)

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch die Verlagerung der Kompetenz zur Unterstützung der Landesverbände der Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 13 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 14

§ 33

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht sind die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbänden der Ersatzkassen vor Beschlussfassung über die gemeinsame Ausübung vertragszahnärztlicher Berufstätigkeit zu hören. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 14 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 15

§ 34

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht werden die Vertreter Krankenkassen in den Zulassungsausschüsse von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam bestellt. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 15 wird gestrichen.



Artikel 22 Nr. 16

§ 37

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht sind die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen zur mündlichen Verhandlung der Zulassungsausschüsse zu laden. Künftig soll den Verbänden der Ersatzkassen diese Vertragskompetenz genommen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen den Übergang von Aufgaben der Verbände der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen selbst grundsätzlich ab (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 144 Buchstabe e) (§ 212 Abs. 5 SGB V)). Folglich lehnen sie auch diese Änderung ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 22 Nr. 16 wird gestrichen.



Artikel 23 (Änderung der Ausschussmitglieder-Verordnung)

Nr. 1

§ 1

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 1 wird auf die Neuregelung der Amtsdauer der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen.

B. Stellungnahme

Der Verweis auf die Neuregelung der Amtsdauer der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses ist unkritisch.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 23 Nr. 2 § 6 Satz 1

A. Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 6 Satz 1 haben die hauptamtlichen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses keinen Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und Entschädigung für Zeitaufwand.

B. Stellungnahme

Grundsätzlich wird die Hauptamtlichkeit der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses abgelehnt. Siehe Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 14 (§ 91 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V)

C. Änderungsvorschlag

Artikel 23 Nr. 2 wird gestrichen.



Artikel 23 Nr. 3

§ 7

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 7 Satz 1 erhalten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses Reisekostenvergütung nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Anpassung an das 2005 in Kraft getretene Gesetz zur Reform des Reisekostenrechts.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 23 Nr. 4

§ 8

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 8 Satz 1 werden die Wörter „über Reisekostenvergütung der Beamten des Landes nach der Reisekostenstufe C.“ durch die Wörter "des Landes über Reisekostenvergütung." ersetzt.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Anpassung an das 2005 in Kraft getretene Gesetz zur Reform des Reisekostenrechts.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 23 Nr. 5

§ 11

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Gemäß §11 Abs.1 tragen die Trägerorganisationen die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter selbst. Die hauptamtlichen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses werden nun explizit von dieser Regelung ausgeschlossen, da sie im Gemeinsamen Bundesausschuss aus Mitteln analog 139c Abs 1 SGB V vergütet werden.
- b) Die Kosten für die Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesausschüsse sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten tragen die beteiligten Vereinigungen der Ärzte (Zahnärzte) und die beteiligten Verbände der Krankenkassen je zur Hälfte. In der Neuregelung des § 11 Abs 2. werden in Folge der neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Ersatzkassen neben den Verbänden der Krankenkassen ausdrücklich genannt.

B. Stellungnahme

- ad a) Die Hauptamtlichkeit der Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses wird abgelehnt. Siehe Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 14 (§ 91 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V).
- ad b) Die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen wird abgelehnt. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.)

C. Änderungsvorschlag

- ad a) Artikel 23 Nr. 5 a) wird gestrichen.
- ad b) Artikel 23 Nr. 5 b) wird gestrichen.



Artikel 24 (Änderung der Schiedsamtverordnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

In den Landes- und Bundesschiedsämtern wird die Zahl der Vertreter der Ärzte (Zahnärzte) und der Krankenkassen von je sieben auf vier reduziert. Auf Seiten der Ersatzkassen erfolgt die Entsendung der Mitglieder nicht mehr über die Verbände, sondern direkt durch die Ersatzkassen. Alle Vertreter im Bundesschiedsamt werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellt. Die Geschäftstellen der Bundesschiedsämter werden bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführt (§§ 1,11 SchiedsamtVO).

P. B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen durch die Änderung des § 89 SGB V – Schiedsamt - . Die Schiedsamtverordnung ist eine Rechtsverordnung gemäß § 89 Abs.6 SGB V und berücksichtigt die geplanten Änderungen in § 89 SGB V, die wiederum durch die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen (Spitzenverband Bund) bedingt sind.

Da die beabsichtigte Neuregelung zu § 89 SGB V zum Schiedsamt (vgl. Art. 1 Nr. 59) abgelehnt wird (zur Begründung vgl. S.132 der Stellungnahme) muss die Änderung der Schiedsamtverordnung ebenfalls abgelehnt werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 24 ist zu streichen.



Artikel 25 Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung- WiPrüfVO

A. Beabsichtigte Neuregelungen

Die Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse sowie der Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 5. Januar 2004 (BGBl. I S. 29) wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung – WiPrüfVO)"

2. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort "Prüfungs-" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter "Der Prüfungs-" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle nach Absatz 4" ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter "Die Ausschüsse bestehen" durch die Wörter "Der Beschwerdeausschuss besteht" sowie die Wörter "sechs, mindestens jeweils drei" durch die Wörter "vier, mindestens jeweils zwei" ersetzt.
 - cc) In Satz 3 werden die Wörter "der Verbände" gestrichen und die Wörter "die Ausschüsse" durch die Wörter "den Ausschuss" ersetzt.
 - dd) In Satz 5 werden die Wörter "der Ausschüsse" durch die Wörter "des Ausschusses" ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.
- c) In Absatz 2 werden die Wörter "Die Ausschüsse können für die Prüfungen" durch die Wörter "Der Ausschuss kann für die Beschwerdeverfahren" ersetzt.
- d) In Absatz 3 werden die Wörter "Prüfungs- und des" sowie das Wort "jeweilige" gestrichen.
- e) In Absatz 4 werden die Wörter "Die Ausschüsse sind" durch die Wörter "Der Ausschuss ist" ersetzt.



- f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter "Der Prüfungsausschuss" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle" ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird aufgehoben.

- 3. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
 - bb) In Satz 2 Nr. 3 werden die Wörter "in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle" gestrichen.
 - b) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter "Verbände der" gestrichen.

- 4. In § 3 werden jeweils in Absatz 1 und 3 die Wörter "der Ausschüsse" durch die Wörter "des Ausschusses" und in Absatz 1 das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.

- 5. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Satz 1 werden das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt, nach dem Wort "hat" die Wörter "neben ihren sich aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch ergebenden Aufgaben" eingefügt sowie in Nummer 1 das Komma nach dem Wort "laden", die Wörter "die Entscheidungen vorzubereiten" sowie die Wörter "nach § 106 Abs. 4a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" gestrichen.
 - c) Absatz 2 wird aufgehoben.
 - d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird aufgehoben.



- bb) In Satz 2 wird jeweils das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" sowie die Wörter "den Ausschüssen" durch die Wörter "dem Ausschuss" ersetzt.
 - cc) In Satz 3 wird das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.
 - e) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "Die Ausschüsse" durch die Wörter "Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss" ersetzt.
6. In § 5 Abs. 1 werden die Wörter "der Vorsitzenden der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse und ihrer" durch die Wörter "des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses und seiner" und das Wort "Geschäftsstelle" durch das Wort "Prüfungsstelle" ersetzt.

B. Stellungnahme (nicht mit Federführer abgestimmt)

zu 1.

- Redaktionelle Änderung zur Bezeichnung der Prüfungsausschüsse

zu 2.

a)

- Redaktionelle Änderung zur Bezeichnung der Prüfungsausschüsse

b)

aa)

- Redaktionelle Änderung zur Bezeichnung der Prüfungsausschüsse

bb)

- Besetzung des Beschwerdeausschusses

Die Reduzierung der Zahl der in den Beschwerdeausschuss entsandten Vertreter wird grundsätzlich begrüßt. Durch die personelle Verschlankung der Widerspruchsinstanz kann eine Straffung der Entscheidungsstrukturen erreicht werden.

cc)

Die Aufgabe wird von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen. Diese Regelung wird abgelehnt. Die grundsätzliche Kritik findet unter § 212 Abs. 5 SGB V statt.



dd)

- Redaktionelle Änderung zur Bezeichnung der Prüfungsausschüsse

c)

- Redaktionelle Änderung zur Organisation des Beschwerdeausschusses

d), e), f)

- Redaktionelle Änderung zur Bezeichnung der Prüfungsausschüsse

zu 3.

a)

aa)

- Redaktionelle Folgeänderung zur Neuorganisation der Prüfungsstelle

bb)

- Redaktionelle Folgeänderung zur Neuorganisation der Prüfungsstelle

b)

Die Aufgabe wird von den heutigen Verbänden der Ersatzkassen auf die Ersatzkassen übertragen. Diese Regelung wird abgelehnt. Die grundsätzliche Kritik findet unter § 212 Abs. 5 SGB V statt.

zu 4.

- Redaktionelle Folgeänderung zur Neuorganisation der Prüfungsstelle

zu 5.

a), b), c), d), e)

- Redaktionelle Folgeänderung zur Neuorganisation der Prüfungsstelle

zu 6.

- Redaktionelle Folgeänderung zur Neuorganisation der Prüfungsstelle

C. Textvorschlag für Änderungsformulierungen

zu 1: übernehmen

zu 2.

a) übernehmen



- b)
- aa) übernehmen
- bb) übernehmen
- cc) streichen
- dd) übernehmen
- c), d), e), f) übernehmen

zu 3.

- a)
- aa) übernehmen
- bb) übernehmen

- b) streichen

zu 4. übernehmen

zu 5.

- a), b), c), d), e) übernehmen

zu 6. übernehmen



Artikel 26 (Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung)

Nr. 1

§ 5 Abs. 11 DEÜV (Inhalte von Meldungen der Arbeitgeber)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Meldungen der Arbeitgeber sollen die Betriebsnummer der Krankenkasse des Beschäftigten enthalten. Diese Regelung soll ab 1.1.2009 gelten.

B. Stellungnahme

Die Angabe der Betriebsnummer kann als Ordnungsmerkmal im elektronischen Meldeverfahren die Weiterleitung der Meldung durch die Weiterleitungsstelle an die Krankenkasse beschleunigen.

Die Regelung wird als zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 26 Nr. 2 § 19 Abs. 1 Satz 2 DEÜV (Systemprüfung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht ist für maschinell geführte Lohn- und Gehaltsabrechnungsprogramme und maschinell erstellte Ausfüllhilfen vor dem erstmaligen Einsatz eine Systemprüfung zu beantragen. Dieser Antrag ist an die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam bestimmte Stelle zu richten. Die Aufgabe soll von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz, die Stelle zu bestimmen, die die Systemprüfung durchführt, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 26 Nr. 2 wird gestrichen.



**Artikel 26 Nr. 3
§ 21 Satz 1 DEÜV (Bescheid über das Ergebnis der Systemprüfung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bisher erhält der Arbeitgeber oder Softwareersteller den Bescheid über das Ergebnis einer Systemprüfung von einem Spitzenverband der Krankenkassen. Diese Aufgabe soll künftig auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a). Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz zur Erteilung des Prüfbescheides im Rahmen der Systemprüfung von den Spitzenverbänden auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 26 Nr. 3 wird gestrichen.



Artikel 27 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)

Nr. 1

§ 5 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BVV (Weiterleitung von Krankenversicherungsbeiträgen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen als Einzugsstellen der Beiträge sollen die eingenommen Krankenversicherungsbeiträge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiterleiten.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Errichtung des Gesundheitsfonds ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr.182, § 271.) Deshalb wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auch die oben beschriebene vorgesehene Änderung der Beitragsverfahrensordnung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 27 Nr. 1 wird gestrichen.



Artikel 27 Nr. 2 § 6 Abs. 2 BVV (elektronische Monatsabrechnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen haben als Weiterleitungsstellen für die Beiträge eine Monatsabrechnung zu erstellen. Für diese Monatsabrechnung wird nach geltendem Recht zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den übrigen Spitzenorganisationen der Sozialversicherung ein gemeinsamer Datensatz vereinbart. Künftig soll dieser Daten vom Spitzenverband Bund unter Beteiligung des BVA als Träger des Gesundheitsfonds mit den übrigen Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vereinbart werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einrichtung eines Gesundheitsfonds und zur Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Beide Maßnahmen werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt. (Ausführliche Begründung dazu vgl. Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a und Artikel 1 Nr. 182, § 271.)

C. Änderungsvorschlag

Artikel 27 Nr. 2 wird gestrichen.



Artikel 28 (Änderung der Verordnung über die Erstattung einigungsbedingter Leistungen an die Träger der allgemeinen Rentenversicherung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufwendungen der Träger der allgemeinen Rentenversicherung für Leistungen, die sie wegen der Deutschen Wiedervereinigung erbringen, werden vom Bund erstattet. Dazu gehören auch die Krankenversicherungsbeiträge. Diese sollen künftig nach der Hälfte des von der Bundesregierung um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten jahresdurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes in der Krankenversicherung berechnet werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuordnung des Rechts der Beitragssätze. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V). Deshalb wird auch diese Folgeänderungen abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 28 wird gestrichen.



Artikel 29 (Änderung der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung)

Nr. 1 und 2

§ 2 Nr. 1 und § 3 Abs. 2 KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung (Beitragsberechnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die pauschalen vom Bund zu tragenden Krankenversicherungsbeiträge für die Wehr- und Zivildienstleistenden sollen künftig nach dem von der Bundesregierung nach § 241 SGB V festgesetzten allgemeinen Beitragssatz berechnet werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neuordnung des Rechts zur Bestimmung der Beitragssätze. Die Spitzenverbände lehnen die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung ab (zur Begründung siehe die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 159, § 241 SGB V). Deshalb lehnen sie auch diese Folgeänderungen ab.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 29 Nr. 1 und 2 werden gestrichen.



Artikel 29 Nr. 3

§ 4 Abs. 2 Nr. 4 KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung (Meldung der Mitgliederzahlen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen sind die nach der Statistik KM 1 ermittelten Mitgliederzahlen über Wehr- und Zivildienstleistenden zum Zwecke der Beitragsberechnung an das BVA zu melden. Diese Aufgabe soll dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden.

B. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a. Folglich wird auch der Übergang der Kompetenz zur Meldung der Mitgliederzahlen im Rahmen der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 29 Nr. 3 wird gestrichen.



Artikel 29 Nr. 4

§ 5 Abs. 2 Satz 1 KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung (Zahlung der Beiträge an den Gesundheitsfonds)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die nach der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung vom Bund zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge sollen nicht mehr an die Spitzenverbände der Krankenkassen, sondern an den Gesundheitsfonds gezahlt werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung des Gesundheitsfonds ab. Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 182, § 271. Deshalb wird von den Spitzenverbänden diese Änderung der KV-/PV-Pauschalbeitragsverordnung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 29 N. 4 wird gestrichen.



Artikel 30 **Änderung des Arzneimittelgesetzes**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 1. – 3., 6.

Für die Abgabe von Teilmengen aus Fertigarzneimitteln sowie für die von der assist-Pharma (Importeur Fa. Kohl, Saarland) forcierte Idee, Fertigarzneimittel in patientenbezogene Wochenblister umzupacken, werden die arzneimittel- und apothekenrechtlichen Grundlagen geschaffen.

Nr. 4. a)

Die Entgegennahme von Meldungen zu Anwendungsbeobachtungen gehen auf den Spitzenverband Bund über.

Nr. 4. b)

Entschädigungen für Anwendungsbeobachtungen sollen keinen Verordnungsanreiz auslösen. Anbieter haben Art und Höhe der Entschädigungen sowie Verträge u. a. dem Spitzenverband Bund vorzulegen.

Nr. 5.

Die mit dem GMG 2004 eingeleitete Freigabe der Preisbindung der zweiten Hand wird auf den Gesamtmarkt erstreckt. Die Apothekenabgabepreise werden auf Höchstpreise umgestellt. Pharmazeutische Hersteller haben einen einheitlichen Herstellerabgabepreis sicherzustellen. Ferner werden die Einlagerungskosten der Länder für Pandemievorsorge (z. B. Vogelgrippe) auf Krankenkassen abgewälzt.

B. Stellungnahme

Nr. 1. – 3., 6.

Die Verblisterung kommt nur für feste orale Darreichungsformen (z.B. Tabletten) in Frage. Rechtlich entstehen durch die Verblisterung neue, aber nicht zulassungspflichtige Fertigarzneimittel.

Der Übergang der Produkthaftung nach dem AMG bleibt zu Lasten der Versicherten ungelöst. Die den Verbraucher privilegierende Haftung knüpft ausdrücklich an die Zulassungspflicht an. Das im Auftrag der Apotheke verblisternde Unternehmen benötigt lediglich eine Herstellungserlaubnis. Bis zur Klärung der Haftungsfragen ist die Rechtsänderung abzulehnen.

Nr. 4. a)

Die Aufgabenübertragung an den Spitzenverband Bund wird abgelehnt. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.)



Nr. 4. b)

Der Regelungsansatz ist vor dem Hintergrund des Missbrauchspotentials von Anwendungsbeobachtungen sachgerecht.

Nr. 5. a) – c)

Die Umstellung der Preisvorschriften auf Höchstpreise erstreckt den Wettbewerb auch auf den Apothekenmarkt. Die mehrdimensionale Preisdifferenzierung erschwert die rechtssichere Abrechnung, arztbezogene Ausgabenerfassung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Katastrophen- und Seuchenschutz sind als hoheitliche Aufgaben von der öffentlichen Hand zu tragen. Länder haben kein Interesse an einem günstigen Einkauf, wenn die Kosten an die Krankenkassen durchgereicht werden können.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 30 Nr. 4. wird § 67 Absatz 6 wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „den Spitzenverbänden“ durch die Wörter „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt sowie nach dem Wort „unverzüglich“ die Wörter „im Wege elektronischer Datenübertragung“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort „namentlich“ die Wörter „sowie mit Postadresse“ eingefügt.

Begründung zu Buchst. a) und b):

Zukünftig sollen in die Auffälligkeitsprüfungen nach § 106 auch verordnete Leistungen von Ärzten einbezogen werden, die an einer Untersuchung nach § 67 Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes (Anwendungsbeobachtung) beteiligt sind. Zur Operationalisierung in den zukünftigen Prüfstellen nach § 106 ist eine Konkretisierung der zu meldenden Angaben sowie generell eine zwingende elektronische Übermittlung vorzusehen.

- c) Rechtsänderung Nr. 4. b) wird Nr. 4. c); das Wort „Entschädigung“ wird durch das Wort „Vergütung“ ersetzt.

Begründung zu Buchst. c) - neu

Zur Vermeidung von Missverständnissen ist der interpretationsoffene Begriff „Entschädigung“ durch „Vergütung“ zu ersetzen. Die Änderung ist redaktionell.



Artikel 31 (Änderung Arzneimittel-Verschreibungsverordnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Buchst. a) – c)

Die Änderung ergänzt die arzneigesetzliche Rechtsgrundlage zur Abgabe von Teilmengen (u. a. Verblisterung) - siehe Ausführungen zu Artikel 30, Nr. 1. – 3. und 6.

B. Stellungnahme

Buchst. a.) – c)

Folgeregelung zu Artikel 30, Nr. 1. – 3. und 6.

C. Änderungsvorschlag

Buchst. a) – c) keinen.



Artikel 32 (Änderung Arzneimittel-Preisverordnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 1. a)

Durch die Neuregelung werden Arzneimittel, die für einzelne Personen auf Grund einer ärztlichen Verordnung aus Fertigarzneimitteln von Apotheken oder von hierzu befugten Unternehmen in unverändertem Zustand durch Umfüllen, Abfüllen oder Abpacken hergestellt worden sind, aus dem Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung ausgenommen. Die Vorschrift sieht vor, dass die Preise für Arzneimittel-Blister, die individuell für einen Patienten für einen bestimmten Zeitraum aufgrund einer ärztlichen Verordnung hergestellt werden und die Preise für aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen (Aus-einzelung) im Wettbewerb gebildet werden.

Nr. 1. b)

Die arzneigesetzlichen Rechtsgrundlagen zur Abgabe von Teilmengen werden um eine Ermächtigung der Krankenkassen zur Preisvereinbarung für die Verblisterung ergänzt – siehe auch Ausführungen zu Artikel 30, Nr. 1. – 3. und 6.

Nr. 2.

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, wodurch eine Anpassung an die Bezeichnung im Arzneimittelgesetz erfolgt.

Nr. 3. a)

aa) Folgeänderungen zur Umstellung der Preisspannen auf Höchstpreise. Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt als Höchstpreis erhalten – siehe auch Ausführungen zu Artikel 30 Nr. 5.

bb) und cc)

Aufgrund der Umstellung auf Höchstpreise soll bei Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung beim Menschen bestimmt sind, nicht mehr danach differenziert werden, ob es sich um eine Abgabe zur Anwendung beim Menschen oder bei Tieren handelt.

Nr. 3. b)

aa) bis cc)

Folgeänderungen zur Umstellung der Preisspannen auf Höchstpreise. Der einheitliche Apothekenabgabepreis bleibt als Höchstpreis erhalten – siehe auch Ausführungen zu Artikel 30, Nr. 5.

Nr. 3. c)

Es wird eine Vergütungsregelung für die Rückgabe und erneute Abgabe nicht genutzter, verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel-Packungen geschaffen. Dadurch ist in Einrichtungen mit zentraler Lagerung von Arzneimitteln, wie Heimen und Hospizen die Ver



gütung der Rücknahme und Wiederabgabe durch die Apotheken an Heimbewohner geregelt. Die maximale Höhe der Vergütung in Höhe von 6,10 Euro ist um zwei Euro geringer als der entsprechende Zuschlag für die erstmalige Abgabe des Arzneimittels. Diesen Betrag kann die Apotheke bei Abgabe der Packung an Versicherte zu Lasten der Krankenkasse abrechnen, abzüglich des Apothekenrabatts nach SGB V.

Nr. 4. a) und b)

Folgeänderungen zur Umstellung der Verordnung auf Höchstpreise sowie redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung an die Bezeichnung im Arzneimittelgesetz.

Nr. 5. a) bis d)

Folgeänderungen zur Umstellung der Verordnung auf Höchstpreise.

Nr. 6.

Diese Änderung ist erforderlich, da die Regelungskompetenz zur Regelung der Ladenschlusszeiten vom Bund auf die Länder übergegangen ist und das Bundesgesetz über den Ladenschluss durch Ländergesetze außer Kraft gesetzt werden kann.

Nr. 7.

a) Folgeänderung zur Änderung des § 3 Absatz 1 AMPPreisV.

b) Nach Ablauf einer Übergangsfrist dürfen ab dem 1. Januar 2006 Fütterungsarzneimittel nur noch von Betrieben mit einer Herstellungserlaubnis nach § 13 des Arzneimittelgesetzes hergestellt und von diesen nur unmittelbar an den Tierhalter abgegeben werden. Der in § 10 Abs. 3 in Bezug genommene Sachverhalt existiert somit seit dem 1. Januar 2006 nicht mehr.

Nr. 8.

Die Änderung ergänzt die arzneigesetzliche Rechtsgrundlage zur Übertragung der Pandemiekosten der Länder auf die Krankenkassen – siehe Ausführungen zu Artikel 22, Nr. 5c (§ 78 Abs. 4 AMG).

Q. B. Stellungnahme

Nr. 1

Die Verblisterung wird aus Haftungsgründen abgelehnt. Sollte an der Rechtsänderung festgehalten werden, ist die Abgabe verblisterter Arzneimittel nur zuzulassen, wenn eine Preisvereinbarung vorliegt.

Nr. 3. c)

Die Wiederverwendbarkeit von Arzneimitteln ist regulativ der falsche Ansatz. Generell müssen Ärzte zu fallorientierten Verordnungsmengen angehalten werden. Ungeklärt sind die Eigentumsverhältnisse zurückgegebener Ware und die Haftungsfragen bei einer erneuten Abgabe. Die Wiederverwendbarkeit erstreckt sich auf sämtliche verschreibungs



pflichtigen Arzneimittel und motiviert die Apotheken, auch außerhalb der etablierten Vertriebswege an Ware zu kommen. Da die Herkunft nicht nachvollzogen werden kann, werden graue Märkte gefördert. Es besteht keine Kontrollmöglichkeit, ob Krankenkassen nur mit der Handlingsgebühr und nicht mit dem vollen Abgabepreis belastet werden. Die Wiederverwendung von Arzneimitteln ist wegen hohen Betrugspotentials und unter Aspekten des Verbraucherschutzes abzulehnen.

Nr. 8.

Für die Pandemieversorgung ist in der AMPreisV ein Höchstzuschlag für die Abgabe in der Apotheke vorzusehen.

C. Änderungsvorschlag

- Nr. 1. – 2. keinen.
- Nr. 3. wird gestrichen.
- Nr. 4. – 7. a) keinen.

Nr. 8

In § 11 neu AMPreisV wird der letzte Satz wie folgt gefasst:
„Der Höchstzuschlag bei der Abgabe nach Satz 1 beträgt 3 Euro.“



Artikel 33 (weitere Änderung Arzneimittel-Preisverordnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass Vertragsverhandlungen zu §§ 4 und 5 AMPreisV (Hilfssta-
xe für Apotheken) zukünftig auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergehen.

B. Stellungnahme

Diese Regelung wird abgelehnt. Zur ausführlichen Begründung vgl. Artikel 1, Nr. 149, §
217a SGB V.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 33 ist zu streichen.



Artikel 34 (Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nicht-verbrauchte Betäubungsmittel aus Heimen und Hospizen können an Patienten derselben Einrichtung neu verschrieben oder an Apotheken zurückgegeben werden.

B. Stellungnahme

Die Wiederverwendbarkeit von Arzneimitteln ist regulativ der falsche Ansatz. Generell müssen Ärzte zu fallorientierten Verordnungsmengen angehalten werden. Ungeklärt sind die Eigentumsverhältnisse zurückgegebener Ware und die Haftungsfrage bei einer Weitergabe.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 34 wird gestrichen.



Artikel 35 (Änderung Apothekenbetriebsordnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung ergänzt die arzneigesetzlichen Rechtsgrundlagen zur Abgabe von Teilmengen (u. a. Verblisterung) - siehe Ausführungen zu Artikel 30, Nr. 1. – 3., 6.

B. Stellungnahme

Folgeänderung zur Neuregelung der Abgabe von Teilmengen von Arzneimitteln.

C. Änderungsvorschlag

keinen



Artikel 36 Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz-ApoG)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Entlassmedikation des Krankenhauses – bisher nur zur Überbrückung der Arzneimittelversorgung über das Wochenende – wird für Patienten, denen häusliche Krankenhauspflege verordnet wird, wochenend-unabhängig für einen dreitägigen Überbrückungszeitraum zugelassen.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung erscheint sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

keinen



Artikel 36 § 14 Abs. 7 Satz 2 Apothekengesetz (ApoG) (neu) Versorgung mit Arzneimitteln durch Krankenhausapotheken

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhausapotheken zugelassener Krankenhäuser unterliegen bei der Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen besonderer Versorgungsformen (§§ 115a, 115b, 117, 118, 119, 116, 116a, 116b oder/und 140a ff. SGB V) dem Apothekengesetz (ApoG). Die Abgabe der Arzneimittel darf nur zur unmittelbaren Anwendung im Krankenhaus erfolgen.

B. Stellungnahme

Wenn zugelassene Krankenhäuser an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, sollte auch eine Arzneimittelversorgung durch die Krankenhausapotheke dieser Krankenhäuser möglich sein. Der sektorenübergreifende Einbezug der Krankenhausapotheken birgt erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Daher sollte es zugelassenen Krankenhäusern, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, mit ihren Krankenhausapotheken ermöglicht werden, auch die Patienten dieser Versorgungsformen (insbesondere Patienten, die gemäß der §§ 115a, 115b, 117, 118, 119, 116, 116a, 116b oder und 140a ff. SGB V behandelt werden) über die unmittelbare Anwendung im Krankenhaus hinaus zu versorgen.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 28 wird folgende Ergänzung zum § 14 Abs. 7 vorgenommen:

"In Satz 2 wird "zur unmittelbaren Anwendung" durch "zum Zwecke der Abgabe an Patienten" ersetzt."



Artikel 37 (Änderung der Schiedsstellenverordnung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Geschäftsführung der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Apotheker gebildeten Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V obliegt nach der geltenden Schiedsstellenverordnung dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Mit der vorliegenden Änderungsvorschrift wird die Geschäftsführung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Die genannte Aufgabe soll durch die Änderungsvorschrift dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden, dessen Errichtung die Spitzenverbände ablehnen (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die vorliegende Aufgabenübertragung abgelehnt

C. Änderungsvorschlag

Artikel 37 wird gestrichen.



Artikel 38 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1)

§ 1 Abs. 4 RSAV (Begriffsbestimmungen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht sind Spitzenverbände der Krankenkassen im Sinne der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung die Spitzenverbände nach § 213 Abs. 1 SGB V mit Ausnahme des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Durch die Änderungsvorschrift gilt ab 2008 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als "Spitzenverbände der Krankenkassen im Sinne dieser Verordnung". Damit werden alle Aufgaben, die sich aus der RSAV für die Spitzenverbände ergeben, auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen.

B. Stellungnahme

Heute liegen die sich aus der RSAV ergebenden Aufgaben bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen, deren Mitgliedskassen am Risikostrukturausgleich teilhaben. Diese Aufgaben sollen durch die Änderungsvorschrift dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen werden, dessen Errichtung die Spitzenverbände ablehnen (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217a SGB V)). Folglich wird auch die vorliegende Aufgabenübertragung abgelehnt.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 38 Nr. 1 wird gestrichen.



**Artikel 38 Nr. 2 Buchstabe a)
§ 3 Abs. 3 S. 7 RSAV (Erhebung der Versicherungszeiten)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 28 d Abs. 3. Die Ergänzung legt den Zeitpunkt fest, ab dem ein Versicherter wieder in einer Versichertengruppe für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte gemeldet werden kann, wenn seine Teilnahme am Programm nach dem Ende einer Unterbrechung der Zugehörigkeit zur Krankenkasse fortgesetzt wird.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift wird als zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



**Artikel 38, Nr. 2 Buchstabe b)
§ 3 Abs. 3 Satz 8 RSAV (Erhebung der Versicherungszeiten)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung bezüglich der Ausschreibetatbestände des § 28 d Abs. 1 und 2.

B. Stellungnahme

Die Vorschrift wird als zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



NEU Artikel 38

§ 28 b Abs. 3 Satz 6 RSAV (Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien) - bisher nicht vorgesehen

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Anpassung des § 28 g soll eine generelle Ausweitung der zugelassenen und noch zu beantragenden Programme erfolgen. Dies kann nicht sein, insbesondere vor dem Hintergrund der RSA-Anbindung. Daher sollte zwingend parallel zu der Ausweitung der nach dem Inkrafttreten des Gesetzes auszusprechenden Akkreditierungen auf 5 Jahre eine Anpassung des § 28 b Absatz 3 erfolgen. Denn ohne Prüfung der Verträge und Anpassung dieser an die neuen Regelungen ist dies nicht im Sinne des RSA.

B. Stellungnahme

siehe A.

C. Änderungsvorschlag

§ 28 b Abs. 3 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse hat dem Bundesversicherungsamt und der zuständigen Aufsichtsbehörde unverzüglich die angepassten Verträge vorzulegen.“



Artikel 38 Nr. 3 Buchstabe a) § 28 d Abs. 1 Nr. 1 RSAV (Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Eine RSA-wirksame Einschreibung erfolgt bisher auf Grund der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten und der schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt durch Erstellung der vollständigen Erstdokumentation (A- und B-Datensatz). Künftig ist jedoch die Vollständigkeit des jeweiligen B-Daten-satzes der Erstdokumentation neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Einschreibung ausreichend.

B. Stellungnahme

Diese Regelung soll für Einzelverträge um eine analoge Regelung ergänzt werden.

C. Änderungsvorschlag

Nach § 28d Abs. 1 Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:

„2. Soweit in den Verträgen zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 28 f Abs. 3 die Bildung von Arbeitsgemeinschaften nicht vorgesehen ist, gilt Nr. 1 entsprechend.“



NEU Artikel 38

§ 28 d Abs. 1 Nr. 4 sowie § 28 f Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 1a RSAV (Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung sowie Anforderung an die Dokumentation) - bisher nicht vorgesehen

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung mehrerer Programme zur Verbesserung der Versorgung chronisch erkrankter Patienten auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen führt dazu, dass Versicherte gleichzeitig an mehreren Programmen ihrer Krankenkasse teilnehmen können. Für die Qualitätssicherung der unterschiedlichen Programme ist es im Hinblick auf Entbürokratisierung und insbesondere auch auf Grund der gesetzlichen Aufforderung zur Datenvermeidung/ Datensparsamkeit (§ 78b SGB X) sehr wichtig, dass medizinische Daten nur einmal erhoben werden. Hierzu muss die Datenverwendungsmöglichkeit der DMP-Daten erweitert werden.

B. Stellungnahme

siehe A.

C. Änderungsvorschlag

§ 28 d Abs. 1 wird folgende Nr. 4 eingefügt:

„4. der zudem auf Grund derselben chronischen Erkrankung an einem Vertrag nach §§ 63, 73 a, 73 b, 73 c oder 140 a SGB V teilnehmen möchte, darüber informiert wird, dass für strukturierte Behandlungsprogramme erhobene Sozialdaten zur Durchführung der o.g. Verträge verarbeitet und genutzt werden können und er in diese Verarbeitung und Nutzung der Daten einwilligt.“

§ 28 f Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

„1. im Programm auf elektronischem Weg zu übermittelnde Erst- und Folgedokumentationen vorgesehen sind, die nur die in den Anlagen 2a, 4a, 6a, 8a 10a und 12a jeweils aufgeführten Angaben umfassen und insbesondere für die Behandlung und Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme nach den §§ 28 b bis g RSAV genutzt werden.“

In § 28 f RSAV wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Sofern im Geltungsbereich eines zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramms ein Vertrag nach §§ 63, 73 a, 73 b, 73 c oder 140 a SGB V vereinbart ist, können die in den in Abs. 1 Satz 1 genannten Anlagen jeweils aufgeführten Angaben auch für die Durchführung dieser Verträge verarbeitet und genutzt werden.“



**Artikel 38 Nr. 3 Buchstabe b)
§ 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV (Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Überprüfung der aktiven Programmteilnahme eines Versicherten wird auf der Grundlage der übermittelten Dokumentationen neu geregelt.

B. Stellungnahme

Es wird auf die ergänzende Stellungnahme der Spitzenverbände verwiesen.

C. Änderungsvorschlag



Artikel 38 Nr. 3 Buchstabe c) **§ 28 d Abs. 3 RSAV (Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung soll die Fortsetzung der Programmteilnahme bei sog. Versicherungslücken definiert werden, wenn für den Versicherten ein ungeklärtes Versichertenverhältnis besteht und innerhalb von sechs Monaten die Zugehörigkeit zu der früheren Krankenkasse geklärt wird.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist in der Praxis schwer umsetzbar. Um nach einer Versicherungslücke die RSA-wirksame DMP-Teilnahme wieder aufgreifen zu können, soll die nächste Folgedokumentation als Start für die Fortsetzung genommen werden.

Es stellt ein gravierendes Problem dar, dass nach einer Versicherungslücke die weitere Teilnahme am Programm nur unter der Voraussetzung gestattet sein soll, dass die nächste Folgedokumentation vorliegt. Die Krankenkassen stellen sicher, dass im Rahmen der Meldung der Sartzart 40 (SA 40) auftretende Versicherungslücken taggenau berücksichtigt und automatisch keine RSA-Zeiten gemeldet werden. Die hier vorgeschlagene Neuregelung würde hingegen bedeuten, dass lange, ungewollte Ausfallzeiten anfallen, Beispiel:

FD 1: 03.01.2007 (1. Quartal – vereinbarte Wiedervorstellung in 2 Quartalen); Versicherungslücke 05.01.2007 bis 07.01.2007, FD 2: 21.07.2007 – Verlust von RSA-Zeit vom 08.01. bis 20.07.2007

Eine Folgedokumentation nach einer Versicherungslücke ist nicht als solche erkennbar. Entsprechend schwierig und aufwändig ist es, die zusätzlich zur existierenden Lücke bestehenden Zeiten zwischen Wiedereinsetzen des Versicherungsanspruchs und Folgedokumentation zu erfassen.

Die Regelung ist aufgrund des Verhältnisses zu § 3 Abs. 3 Satz 7 missverständlich. Es sollte hier die gleiche Formulierung gewählt werden.

C. Änderungsvorschlag

Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann auch zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, seine Teilnahme am Pro

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



gramm mit dem Tag der erneuten Zugehörigkeit des Versicherten zur Krankenkasse fortgesetzt werden kann. Während einer Unterbrechung gilt Abs. 2 Nr. 2 entsprechend.“



NEU Artikel 38

§ 28 d Abs. 4 RSAV (Voraussetzung und Verfahren der Einschreibung) - bisher nicht vorgesehen

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf zur Änderung der RSAV vom 11. August 2005, der Entwurf zur damaligen 13. RSA-ÄndV, enthielt in Artikel 1, Nummer 7 b) eine Regelung für die vereinfachte Wiedereinschreibung. Diese Regelung ist nicht zum Tragen gekommen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen befürworteten die Aufnahme in die neue Änderung der Rechtsverordnung.

B. Stellungnahme

siehe A.

C. Änderungsvorschlag

In § 28 d RSAV wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Ein strukturiertes Behandlungsprogramm kann auch zugelassen werden, wenn es vorsieht, dass der Versicherte abweichend von Absatz 1 allein auf Grund einer Erstdokumentation nach den in Absatz 1 Nr. 1 genannten Anlagen erneut eingeschrieben wird, wenn seine Teilnahme am Programm nach Absatz 2 Nr. 2 c geendet hat.“



**Artikel 38, Nr. 4 Buchstabe a)
§ 28 f Abs. 1 Nr. 1 RSAV (Anforderung an die Dokumentation)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung in Absatz 1 Nr. 1 soll die vollständige Umstellung auf die elektronische Dokumentation erfolgen, die dann Voraussetzung für die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms ist.

Die geltende Übergangsregelung des § 28 b Abs. 3 geht von einer Anpassungsfrist an das neue Recht von einem Jahr aus.

R. Stellungnahme

Es wird auf die ergänzende Stellungnahme der Spitzenverbände verwiesen.

C. Änderungsvorschlag



Artikel 38 Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV (Anforderung an die Dokumentation)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 28 d Abs. 2 Nr. 2, durch die die Frist für die Übermittlung der Dokumentationen, deren Überschreitung zur Ausschreibung eines Versicherten aus einem Programm führt, auf die so genannten B-Datensätze beschränkt worden ist. Dadurch ist die Frist für die Übermittlung der so genannten A-Datensätze, die bisher ebenfalls in § 28 d Abs. 2 Nr. 2 enthalten war, entfallen. Für den A-Datensatz ergibt sich künftig die Frist aus § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.

B. Stellungnahme

Eine Frist zur Vervollständigung des A-Datensatzes ist grundsätzlich sinnvoll. Eine zusätzliche zu überwachende Frist der Vervollständigung des A-Datensatzes ist ein zusätzlicher Aufwand und sollte daher vermieden werden, insbesondere da an die Nichteinhaltung keine Konsequenzen geknüpft werden. Des Weiteren ist durch die Einführung der elektronischen Dokumentation nach § 28 f Abs. 1 Nr. 1 sichergestellt, dass eine zeitgleiche und vollständige Übermittlung der A- und B-Daten erfolgt. Daher sollte die bisherige Frist für den A- und B-Datensatz gleichermaßen beibehalten werden.

C. Änderungsvorschlag

In § 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 1 werden nach der Angabe „§ 219 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in Nr. 2 genannten Frist“ ergänzt.



NEU Artikel 38

§ 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 2 sowie Abs. 2 S. 2 RSAV (Anforderung an die Dokumentation) - bisher nicht vorgesehen

A. Beabsichtigte Neuregelung

1. Die beabsichtigte Neuregelung in § 28 f Abs. 1 Nr. 1 RSAV betrifft die Anlagen des A-Datensatzes. Die Daten des B-Datensatzes sollen natürlich auch auf elektronischem Wege übermittelt werden. Daher ist auch eine Ergänzung des § 28 f Abs. 2 Nr. 2 erforderlich.
2. Innerhalb der B-Datensätze wird unterschieden nach den Feldern, die für die vom Arzt vorzunehmende Diagnosesicherung relevant sind und den übrigen Feldern. Erstere werden mit Leistungserbringerbezug übermittelt, letztere ohne. Nach nunmehr drei Jahren Laufzeit ist allen Beteiligten klar geworden, dass spätestens im Rahmen der Fallführung in den Krankenkassen der Leistungserbringerbezug für die kompletten B-Daten notwendig wäre.

So können Krankenkassen einen Arztwechsel während der Programmteilnahme des Versicherten bisher nicht unmittelbar nachvollziehen, da der Arztbezug in der Folgedokumentation nicht an die Krankenkassen übermittelt wird.

B. Stellungnahme

siehe A.

C. Änderungsvorschlag

§ 28 f Abs. 2 Nr. 2 RSAV wird wie folgt gefasst:

„2. die an der Durchführung des Programms beteiligten Vertragsärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen der Krankenkasse die in den Anlagen 2b, 4b, 6b, 8b, 10b und 12b aufgeführten Daten spätestens innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums auf elektronischem Weg versicherten- und leistungserbringerbezogen übermitteln“

In § 28 f Abs. 2 S. 2 RSAV wird nach dem Wort „entsprechend“ der Halbsatz „mit der Maßgabe, dass die in den Anlagen nach S. 1 Nr. 2 aufgeführten Daten auch leistungserbringerbezogen an die Krankenkassen zu übermitteln sind“ gestrichen.



**Artikel 38 Nr. 4 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)
§ 28 f Abs. 2 S. 1 Nr. 7 RSAV (Anforderung an die Dokumentation)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 28 d Abs. 2 Nr. 2, wonach Folgedokumentationen nicht mehr vom Arzt unterschrieben werden müssen.

Des Weiteren soll die Frist zur Übermittlung der Bestätigung des Datums der Arztunterschrift entfallen.

B. Stellungnahme

Es wird auf die ergänzende Stellungnahme der Spitzenverbände verwiesen.

C. Änderungsvorschlag



Artikel 38, Nr. 4 Buchstabe c) § 28 f Abs. 2a S. 1 und 2 RSAV (Anforderungen an die Dokumentationen)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung in § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 7. Die Änderung ist erforderlich, da es sich bei § 28 f Abs. 2 a um eine Übergangsregelung handelt, die sich allein auf die Tatbestände bezieht, die vor der Einführung der Regelung des § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 lagen. Daher wird klargestellt, dass die Änderung des § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 für § 28 f Abs. 2 a keine Bedeutung hat.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird als zielführend erachtet. Jedoch ist die beabsichtigte Regelung an der vorgesehenen Stelle missverständlich.

C. Änderungsvorschlag

Absatz 2a Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

" 2a) Bei einer Übermittlung der Erst- und Folgedokumentationen auf elektronischem Weg vor dem 1. September 2005 nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 in der vor dem (Inkrafttreten der RSAV) geltenden Fassung ist die gesonderte schriftliche Bestätigung, wenn diese noch nicht vorliegt, unverzüglich nachzuholen. Eine gesonderte schriftliche Bestätigung ist abweichend von Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 in der vor dem (Inkrafttreten der RSAV) geltenden Fassung nicht erforderlich bei Behandlungsprogrammen nach Absatz 2, zu deren Durchführung vor dem 1. September 2005 entsprechende Vereinbarungen geschlossen worden sind, wenn im Rahmen des Übermittlungsverfahrens die Archivierung eines von der Ärztin/dem Arzt unterschriebenen und mit dem Datum der Erstellung versehenen Ausdrucks der Dokumentation vereinbart worden ist."



Artikel 38, Nr. 4 Buchstabe d) **§ 28 f Abs. 3 RSAV (Anforderungen an die Dokumentationen)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ist für die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms im Einzelfall keine Arbeitsgemeinschaft nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 vereinbart, erhält die Krankenkasse den A-Datensatz. Aus Gründen der Gleichbehandlung ist daher eine Sonderregelung erforderlich, die sicherstellt, dass für die Einschreibung eines Versicherten und für die Beendigung der Teilnahme eines Versicherten am Programm nur diejenigen Angaben des A-Datensatzes maßgebend sind, die dem B-Datensatz entsprechen.

B. Stellungnahme

Aufgrund des hinzugefügten Satzes in Abs. 3 wird klargestellt, dass auch in den Verträgen, die keine Bildung einer Arbeitsgemeinschaft vorsehen, die Einschreibung sowie die Ausschreibung nur aufgrund des B-Datensatzes (analog) erfolgt.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



**Artikel 38, Nr. 5 Buchstabe a)
§ 28 g Abs. 5 RSAV (Anforderungen an die Evaluation)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Verlängerung des Zulassungszeitraums der strukturierten Behandlungsprogramme von bisher maximal drei Jahre auf fünf Jahre soll der Tatsache Rechnung tragen, dass sich die bisherige Regelung in der Praxis als zu kurz erwiesen hat, um in der Evaluation zu verwertbaren Ergebnissen zu führen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



**Artikel 38, Nr. 5 Buchstabe b)
§ 28 g Abs. 5 RSAV (Anforderungen an die Evaluation)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, dass eine generelle Verlängerung der bereits zugelassenen Programme erfolgen soll.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Keinen



NEU Artikel 38

§ 28 g Abs. 3 RSAV (Anforderung an die Evaluation) - bisher nicht vorgesehen

A. Neuregelung

Durch die geplante Änderung der Verlängerung der Zulassung auf fünf Jahre nach § 28 g Abs. 5 sollen die zu erstellenden Zwischenberichte der Evaluation an die Laufzeit angepasst werden.

Das Verfahren zur Vorlage der Evaluationsberichte wird dahin geändert, dass ein erster und zweiter Zwischenbericht sowie aufsetzend auf den erstmals in Nr. 3 genannten Gesamtbericht in regelmäßigen Abständen ein weiterer Gesamtbericht vorzulegen ist. Die Vorlage des aktualisierten Gesamtberichts soll unabhängig vom Zulassungszeitraum erfolgen. Auf die Vorlage eines Abschlussberichtes am Ende des Programms wird verzichtet, da diese nach dem derzeitigen Konzept erst nach der Wiedenzulassung vorgelegt werden konnten und damit keinen direkten Einfluss auf die Wiedenzulassung haben.

B. Stellungnahme

siehe A.

C. Änderungsvorschlag

§ 28 g Abs. 3 RSAV wird wie folgt geändert:

„(3) Die Evaluation umfasst den Zeitraum der Zulassung des Programms. Nach Erstzulassung eines Programms beinhaltet

1. der erste nach Ziffer 5 der in § 28 b Abs. 1 Satz 2 genannten Anlagen zu erstellende Zwischenbericht insbesondere eine Bewertung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation nach § 28 f, der Strukturqualität nach Absatz 1 Satz 3 und der Zahl der im Behandlungsprogramm aufgenommenen sowie ausgeschiedenen Versicherten,
2. der zweite Zwischenbericht insbesondere eine Aktualisierung des ersten Berichts, eine Bewertung der Prozessqualität und der Wirkungen des Programms auf die Kosten der Versorgung nach Absatz 1 Satz 3,
3. weitere Berichte, die die gesamte Bewertung des Programms nach Absatz 1 Satz 2 und 3 umfassen (Gesamtbericht).

Die nach Verlängerung der Zulassung eines Programms nach Ziffer 5 der in § 28 b Abs. 1 Satz 2 genannten Anlagen zu erstellenden aktualisierten Gesamtberichte enthalten die gesamte Bewertung des Programms nach Absatz 1 Satz 2 und 3. Die aktualisierten Gesamtberichte umfassen auch Zeiten der Verlängerung des Programms.“



NEU Artikel 38

Anlage 1 Ziffer 5 S. 16 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV (Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2) - bisher nicht vorgesehen

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung von § 28 g Abs. 3 RSAV. Die gewählte Lösung entspricht im Wesentlichen der bisherigen bestehenden zeitlichen Vorgaben für die Vorlage von Evaluationsberichten. Um die zeitliche Abfolge der Berichte aufrecht erhalten zu können, wird vorgeschlagen, die Begrifflichkeiten wie oben dargestellt zu verändern.

B. Stellungnahme

siehe A.

C. Änderungsvorschlag

Anlage 1 Ziffer 5 Satz 16 sollte wie folgt gefasst werden:

„Die Evaluation umfasst den Zeitraum der Zulassung.

Nach erstmaliger Zulassung sind

- ein erster Zwischenbericht mit einem Erhebungszeitraum vom Programmstart bis zum Ende des Kalenderhalbjahres, in dem das Programm 12 Monate zugelassen ist und
- ein zweiter Zwischenbericht mit einem Erhebungszeitraum vom Programmstart bis zum Ende des Kalenderhalbjahres, in dem das Programm 18 Monate zugelassen ist,
- ein Gesamtbericht mit einem Erhebungszeitraum vom Programmstart bis zum Ende des Kalenderhalbjahres, in dem das Programm 36 Monate zugelassen ist,

an die Krankenkassen zu liefern.

Die Gesamtberichte sind alle 18 Monate zu aktualisieren. Die Berichte sind dem Bundesversicherungsamt jeweils innerhalb eines Jahres nach Abschluss des jeweiligen Erhebungszeitraums zu übermitteln und binnen weiterer acht Wochen zu veröffentlichen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel 30 Nr. 6
§ 31

Es wird auf die ergänzende Stellungnahme der Spitzenverbände verwiesen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel 30 Nr. 6
§ 32

Es wird auf die ergänzende Stellungnahme der Spitzenverbände verwiesen.

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



Artikel 30 Nr. 6
§ 33

Es wird auf die ergänzende Stellungnahme der Spitzenverbände verwiesen.



Artikel 38 Nr. 6 **§ 34 RSAV (Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds)**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die regionalen Belastungen auf Grund der Einführung der Verteilungskriterien des Gesundheitsfonds sollen vom BVA geschätzt werden. Hierfür benötigt das BVA zusätzliche Daten, die ab 2008 als Stichprobe ergänzend zu den regulären Datenlieferungen zu übermitteln sind. Hierzu gehören die Angabe des Wohnortes des Versicherten (PLZ), die Versicherungszeit des Versicherten in einem DMP sowie in den Versichertengruppen gemäß § 2, Abs. 1, Satz 2, Nr. 1, 2 und 4 RSAV, das Jahresarbeitsentgelt gem. § 28a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V sowie die für die Bezieher von Arbeitslosengeld gezahlten Beiträge.

Das Nähere vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen im Einvernehmen mit dem BVA in der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 N. 1 und 2 SGB V.

B. Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 183 § 272 SGB V verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 38 Nr. 6 § 34 RSAV wird gestrichen.



Artikel 39

§ 7 des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen

S. A. Beabsichtigte Neuregelung

Neu errichtete Betriebs- und Innungskrankenkassen, bei denen die Abstimmung über die Errichtung nach §§ 148 Abs. 2 oder 158 Abs. 2 SGB V nach dem 09.09.2003 durchgeführt wurde, können bis zum 31.12.2008 in ihren Satzungen keine Öffnungen für betriebs- bzw. innungsfremde Versicherte vorsehen (Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen).

B. Stellungnahme

Das derzeit bis zum 31.12.2006 geltende Moratorium, welches mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2003 geschaffen wurde, soll die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen vor erheblichen Wettbewerbsverzerrungen schützen, die durch die Öffnung neu errichteter Krankenkassen ohne einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eintreten können. Das derzeitige Moratorium ist bis 01.01.2007 befristet, weil seinerzeit davon ausgegangen wurde, dass zu diesem Zeitpunkt ein an der Morbidität der Versichertenstruktur orientierter Risikostrukturausgleich in Kraft treten würde.

Da nunmehr davon ausgegangen wird, dass ein weiterentwickelter Risikostrukturausgleich zum 01.01.2009 in Kraft treten wird, soll das Moratorium entsprechend bis zum 31.12.2008 verlängert werden. Um eine durchgängige Geltung des Moratoriums zu erreichen, tritt Artikel 39 folgerichtig mit Wirkung zum 01.01.2007 in Kraft. Gegen die Änderungsvorschrift bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 40 (Aufhebung des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem geltenden Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vom 19.04.2000 sollte der Mitgliederkreis dieser Krankenkassen bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen stabilisiert werden. Das Gesetz öffnet die genannten Krankenkassen, die ihre Versicherten grundsätzlich gesetzlich zugewiesen bekommen, partiell für bestimmte Personengruppen.

Durch Artikel 32 wird klargestellt, dass mit dem GKV-WSG eine Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen im Sinne des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse vom 19.04.2000 vorliegt und seine Geltung daher aufgehoben werden kann.

B. Stellungnahme

Gegen die Änderungsvorschrift bestehen keine Bedenken.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 41 (Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes) Nr. 1 und Nr. 2

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch Artikel 41 Nr. 1 erfolgt eine rein redaktionelle Änderung: Mit § 2 Abs. 2 Satz 3 AAG wird eine Vorschrift zum Erstattungsverfahren gestrichen, die allein in der Startphase des Gesetzes vom 01.01.2006 bis 31.03.2006 gegolten hat.

Die Festlegungskompetenz zur gemeinsamen und einheitlichen Vereinbarung für die Durchführung des Feststellungsverfahrens über die Teilnahme am AAG wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen (Artikel 41 Nr. 2).

B. Stellungnahme

Artikel 41 Nr. 1 wird begrüßt.

Die Übertragung der Regelungsbefugnis von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Artikel 41 Nr. 2 wird abgelehnt. Zur ausführlichen Begründung vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149, § 217a SGB V.

Dringender Änderungsbedarf besteht zu § 9 Abs. 2 Nr. 1 AAG. Es ist abweichend vom Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.7.2006 (Az.: B 1 A 1/06) klarzustellen, dass die Satzung der Krankenkasse verschiedene Erstattungssätze vorsehen kann, die jedoch 40 vom Hundert nicht unterschreiten dürfen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 41 Nr. 2 wird gestrichen.

Ergänzend soll ein Artikel 41 Nr. 3 wie folgt lauten:

"§ 9 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

In Nummer 1 werden nach dem Wort "beschränken" die Wörter "und verschiedene Erstattungssätze, die 40 vom Hundert nicht unterschreiten, vorsehen" angefügt.



Artikel 42 (Transplantationsgesetz)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle) mit der Organisation der Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen. Zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle).

Die Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen soll auf den Spitzenverband Bund übertragen werden.

F. Stellungnahme

Die Spitzenverbände lehnen die Errichtung eines Spitzenverbandes Bund ab. (Zur Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 149, § 217a.) Folglich wird auch abgelehnt, dass die Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen, Koordinierungs- und Vermittlungsstellen für die Organtransplantation zu errichten bzw. zu beauftragen, auf den Spitzenverband Bund übertragen wird. Die Regelung soll gestrichen werden.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 42 wird gestrichen.



Artikel 43 (Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag)

Nr. 1

§ 178b Abs. 1a VVG

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 1a regelt einen Direktanspruch der Ärzte bzw. Krankenhäuser auf Bezahlung ihrer Leistungen gegenüber den Krankenversicherern.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 43 Nr. 2 § 178c Abs. 2 VVG

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Recht der Versicherer, Wartezeiten zu vereinbaren, wird gegenüber der bestehenden Rechtslage nicht weiter eingeschränkt. Bisher privat Versicherte, die von der Portabilität Gebrauch machen oder deren Vorvertrag sonst beendet wurde, werden Personen gleichgestellt, die aus der GKV in die PKV wechseln. Dies führt in der Praxis dazu, dass für die meisten Versicherten, die von einem privaten Versicherer zu einem anderen wechseln, keine Wartezeiten gelten.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 43 Nr. 3 § 178e Abs. 2 VVG

A. Beabsichtigte Neuregelung

Beihilfetarife nach bisherigem Recht erfüllen nicht die Anforderungen, die für die Portabilität erfüllt sein müssen, weil ihr Leistungsumfang bisher nicht durch denjenigen der GKV, sondern gewissermaßen spiegelbildlich durch die Beihilfebestimmungen des Bundes und der Länder bestimmt werden. Diese unterscheiden sich – in unterschiedlichem Ausmaß – vom Leistungsumfang der GKV. Für Beihilfeberechtigte werden eigene Varianten des Basistarifs geschaffen; diese entsprechen im Leistungsumfang dem Basistarif, nur der Prozentsatz der Erstattung kann unterschiedlich sein. Eine spiegelbildliche Nachbildung von Beihilfeänderungen im Basistarif ist daher nicht vorzusehen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 43 Nr. 4 Buchstabe a) und b) § 178f Abs. 1 VVG

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Änderung erweitert das Recht auf Mitnahme der Alterungsrückstellung, das bisher nur bei einem Tarifwechsel bei demselben Versicherungsunternehmen bestand, auf den Wechsel zu einem anderen privaten Versicherungsunternehmen.

Zudem wird klargestellt, dass der Versicherungsnehmer auf das Recht zur Portabilität nicht verzichten kann.

- b) Durch die Regelung wird ein Recht auf Abschluss einer Anwartschaftsversicherung geschaffen. Ein solcher Anspruch ist von Bedeutung für Personen, die vorübergehend die Leistungen der PKV nicht in Anspruch nehmen können, z.B. wegen eines Auslandsaufenthalts.

B. Stellungnahme

- a) Die Regelung zur Portabilität der Alterungsrückstellungen wird begrüßt, da dies zu einer deutlichen Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der PKV führt.

Die Regelung, dass der Versicherungsnehmer auf das Recht zur Portabilität nicht verzichten kann, wird begrüßt, da sie zur Begrenzung einer negativen Risikoentmischung beiträgt.

- b) Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 43 Nr. 5 § 178g Abs. 1 VVG

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird bestimmt, dass im Basistarif das individuelle Risiko für die Prämienhöhe keine Rolle spielen darf. Da eine Erfassung individueller Risikodaten für das Funktionieren des Risikoausgleichs nach § 12g Versicherungsaufsichtsgesetz erforderlich ist, wird dieser Fall ausdrücklich geregelt.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt, da der Basistarif ansonsten seiner Funktion als sozialer Schutztarif nicht gerecht werden würde.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 44 (Änderung des Versicherungsaufsichtsrecht)

Nr. 1

Inhaltsübersicht VAG

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Regelung sorgt für eine Anpassung der Inhaltsübersicht an die Änderungen der Zwischenüberschriften.
- b) Die Neuregelung sieht durch die Einfügung einer neuen Zwischenüberschrift „IIa. Ausübung der Geschäftstätigkeit“ die Beseitigung von Unklarheiten hinsichtlich des systematischen Zusammenhangs der Regelungen vor.
- c) Die Neuregelung sieht durch die Einfügung einer neuen Zwischenüberschrift „1. Lebensversicherung“ die Beseitigung von Unklarheiten hinsichtlich des systematischen Zusammenhangs der Regelungen vor.
- d) Die Neuregelung sieht durch die Einfügung einer neuen Zwischenüberschrift „2. Krankenversicherung“ die Beseitigung von Unklarheiten hinsichtlich des systematischen Zusammenhangs der Regelungen vor.

B. Stellungnahme

- a) Da die Regelung zur Änderung der Zwischenüberschriften begrüßt wird, wird auch diese Regelung folgerichtig begrüßt.
- b) Die Regelung wird begrüßt, da sie für einen klareren systematischen Zusammenhang sorgt.
- c) Die Regelung wird begrüßt, da sie für einen klareren systematischen Zusammenhang sorgt.
- d) Die Regelung wird begrüßt, da sie für einen klareren systematischen Zusammenhang sorgt.

C. Änderungsvorschlag

- a) Keiner
- b) Keiner
- c) Keiner
- d) Keiner



Artikel 44 Nr. 5 § 12 VAG

A. Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Regelung schafft die Verpflichtung, in dem Versicherungsvertrag die Portabilität der Altersrückstellung bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen.

b) Absatz 1a
Die Regelung begründet die Pflicht der Krankenversicherer einen Basistarif anzubieten. Der Basistarif tritt neben die bisher bestehenden Tarife.

Absatz 1b

Die Regelung begründet einen Kontrahierungszwang im Basistarif zugunsten bestimmter Personen, die sonst keinen oder keinen zumutbaren Versicherungsschutz erhalten könnten.

Absatz 1c

Die Regelung erweitert für den Basistarif die bisher für den Standardtarif geltenden Regelungen zur Begrenzung der Prämienhöhe.

Absatz 1 d

Die Regelung sieht vor, dass der Verband der privaten Krankenversicherung auf der Grundlage der Regelungen in § 12 dieses Gesetzes Näheres zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht festlegt.

c) Die Regelung sieht für den Basistarif eine weitgehend einheitliche Kalkulation vor. Diese ergibt sich aus der Notwendigkeit eines Risikoausgleichs im Basistarif, da dieser mit Kontrahierungszwang ohne Möglichkeit von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen ausgestaltet ist.

d) Folgeänderung, die sich aus der Änderung des § 12 Abs. 1 VAG ergibt.

B. Stellungnahme

a) Da die angestrebte Portabilität der Altersrückstellungen begrüßt wird, ist folgerichtig auch diese Regelung zu begrüßen.

b) Absatz 1a

Die Regelung bedarf einer Erweiterung, da der Basistarif nur für bereits privat Krankenversicherte besonders interessant ist, die bislang Risikozuschläge bezahlen. Die sich dadurch ergebende negative Risikoselektion wird zu einem sehr hohen Prämien



niveau im Basistarif führen, wodurch dieser Tarif ähnlich wie der heutige Standardtarif für den größten Teil der PKV-Versicherten sehr unattraktiv wird. Deshalb sollte eine Versicherungspflicht im Basistarif eingeführt werden, da Kontrahierungszwang ohne Versicherungspflicht Missbrauchs- und Risikoselektionspotenziale eröffnet.

Absatz 1b

Die Regelung wird abgelehnt, da ein Kontrahierungszwang ohne gleichzeitige Versicherungspflicht gerade bei Nichtversicherten Missbrauchspotenziale eröffnet. Deshalb ist eine Versicherungspflicht im Basistarif einzuführen.

Absatz 1c

Die Regelung wird abgelehnt, da die bisher für den Standardtarif geltenden Regelungen zur Begrenzung der Prämienhöhe enorme Belastungen für die betroffenen Versicherten bedeuten. Daher kann auch der Basistarif seiner Funktion als sozialer Schutztarif nicht gerecht werden. Deshalb sollte die Neuregelung gestrichen werden und statt dessen eine Ergänzung des § 257 SGB V um die Einführung einer Höchstbelastungsgrenze von 20% des zu berücksichtigenden Einkommens nach § 240 SGB V im Basistarif erfolgen, wobei mindestens der Beitrag zu zahlen ist, den eine in der GKV versicherte vergleichbare Person zahlen müsste.

Absatz 1d

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme

- c) Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.
- d) Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

- a) Keiner
- b) Absatz 1a
§ 178a VVG wird durch folgenden Absatz ergänzt:

„(5) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen eine Krankheitskostenversicherung zum Basistarif abzuschließen und aufrechtzuerhalten, es sei denn,
1. sie ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert
2. sie hat einen anderweitigen Anspruch auf vollständige Absicherung im Krankheitsfall.“

Absatz 1b

§ 178a VVG wird durch folgenden Absatz ergänzt:



„(5) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen eine Krankheitskostenversicherung zum Basistarif abzuschließen und aufrechtzuerhalten, es sei denn,

1. sie ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert
2. sie hat einen anderweitigen Anspruch auf vollständige Absicherung im Krankheitsfall.“

Absatz 1c

Artikel 44 § 12 Abs. 1c VAG ist zu streichen.

§ 257 SGB V Absatz 2b wird wie folgt gefasst:

„Um zu gewährleisten, dass die Absicherung im Basistarif eine zumutbare Belastung der Versicherten nicht überschreitet, sind alle Versicherungsunternehmen, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, der von den Versicherungsunternehmen getragen und finanziert wird und der auf Antrag einen Zuschuss zum Beitrag für den Basistarif an den Versicherer dieser Person leistet. Hierzu ziehen die privaten Krankenversicherungsunternehmen eine unternehmensübergreifende Stelle heran. Diese ist Annahmestelle von Anträgen und führt den finanziellen Spitzenausgleich durch. Antragsberechtigt ist jeder im Basistarif Versicherte, wenn der Beitrag zum Basistarif und der Selbstbehalt 20 vom Hundert seines zu berücksichtigenden Bruttoeinkommens überschreitet und kein zu berücksichtigendes Vermögen vorhanden ist; für die Bestimmung des Bruttoeinkommens und des Vermögens gelten § 11 Abs. 1 und § 12 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe entsprechend, dass mindestens die beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 240 zu Grunde gelegt werden. Stellt die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht fest, dass der Spitzenausgleich seine Aufgabe nicht ordnungsgemäß wahrnimmt, übernimmt sie seine Aufgabe; die Versicherungsunternehmen sind in diesem Fall verpflichtet, die Finanzierungsbeiträge an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu leisten.“

Absatz 1d

Keiner

c) Keiner

d) keiner



**Artikel 44 Nr. 6
§ 12c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 VAG**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Da für den Basistarif einheitliche Kalkulationsgrundlagen vorgesehen sind (vgl. § 12 Abs. 4b VAG), sieht die Regelung eine erweiterte Ermächtigungsgrundlage vor, um klarzustellen, dass sie auch eventuell erforderliche Regelungen zur Begrenzung von Zuschlägen deckt.
- b) Die Regelung schafft die erforderliche Rechtsgrundlage zur einheitlichen Berechnung des Übertragungswertes der Altersrückstellung, wodurch eine Risikoselektion verhindert und der Erhalt der erworbenen Rechte erreicht werden sollen.

B. Stellungnahme

- a) Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.
- b) Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

- a) Keiner
- b) Keiner



Artikel 44 Nr. 7 § 12g VAG

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht die Schaffung eines Risikoausgleichs im Basistarif vor, da es ansonsten durch den Kontrahierungszwang unter Ausschluss von Risikoprüfungen zu einer ungleichmäßigen Belastung der Unternehmen mit Kosten aufgrund von Vorerkrankungen kommen würde. Mehraufwendungen, die im Basistarif aufgrund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen; Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in § 12 Absatz 1c genannten Begrenzungen entstehen, sind auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen so zu verteilen, dass eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt wird.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist abzulehnen, da die außerhalb des Basistarifs privat Versicherten nicht an den durch Vorerkrankungen bewirkten Mehraufwendungen der Versicherten des Basistarifs beteiligt werden. Dies führt zu einem extrem hohen Prämienniveau im Basistarif und sorgt dafür, dass dieser Tarif extrem unattraktiv und daher als Vehikel des Wettbewerbs nicht mehr brauchbar ist. Auch aus Gründen eines fairen Wettbewerbs mit der GKV ist es geboten, die Kosten Schwerkranker auf alle PKV-Versicherten umzulegen, da die GKV keine Risikozuschläge kennt. Mehraufwendungen, die im Basistarif aufgrund von Vorerkrankungen entstehen, sind im Rahmen des Risikoausgleichs daher auf alle Tarife der substitutiven Krankenversicherung umzulegen.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 44 § 12g VAG werden die Wörter „...auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen;“ durch die Wörter „...im Rahmen des Risikoausgleichs auf alle Tarife der substitutiven Krankenversicherung umzulegen.“ ersetzt. In Artikel 44 § 12g VAG werden die Wörter „...Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in § 12 Absatz 1c genannten Begrenzungen entstehen, sind auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen so zu verteilen, dass eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt wird.“ gestrichen.



Artikel 44 Nr. 8 § 161 VAG

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass für den vorhandenen Bestand die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen erst nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren eingeführt wird. Während der Übergangsfrist wird als bisheriges Eintrittsalter mindestens das Alter 40 angesetzt und so die zu übertragende Alterungsrückstellung gekürzt. Soweit der Versicherte nach dem 40. Lebensjahr erstmalig in der PKV versichert wurde, gilt das tatsächliche Eintrittsalter.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt, da sie im Ergebnis bedeutet, dass die Wechselmöglichkeiten für diese Bestandsversicherten in der Übergangsfrist doch stark eingeschränkt sind.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 44 § 161 VAG wird gestrichen.



**Artikel 44 Nr. 9
Anlage Teil D Abschnitt II VAG**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sorgt für die Anpassung der Hinweispflichten, die durch den Ersatz des Standardtarifs durch den Basistarif, die neu geschaffenen Möglichkeiten zur Beitragsreduktion im Basistarif und die Einführung der Portabilität notwendig geworden sind.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Artikel 45 (Änderung Kalkulationsverordnung)

Nr. 1

§ 2 Abs. 1 KVO

A. Beabsichtigte Neuregelung

Für substitutive Krankenversicherungen mit Ausnahme des Basistarifs erfolgt bei Wechsel zu einem anderen Unternehmen die Übertragung eines Übertragungswerts. Die Regelung sieht daher vor, dass diese zusätzliche Leistung bei der Berechnung der Prämien und der Alterungsrückstellungen dadurch zu berücksichtigen ist, dass angemessene Wahrscheinlichkeiten zum Eintritt dieser Leistung angesetzt werden.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt, da auch die Portabilität der Altersrückstellungen begrüßt wird.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 45 Nr. 2
§ 5 Abs. 2 KVO**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass im Basistarif außer den Sterbewahrscheinlichkeiten und dem Abgang zur privaten Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt, da auch die Portabilität der Altersrückstellungen begrüßt wird.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 45 Nr. 3 § 8 Abs. 1 KVO

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ermöglicht die Einrechnung des erforderlichen Zuschlags zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen sowie des erforderlichen Zuschlags zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif in die Prämien der Versicherten im Basistarif bzw. in die Prämien aller Vollversicherten.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist aus analogen Gründen wie für Artikel 44 § 12g VAG abzulehnen. Statt dessen sollte die Einrechnung des erforderlichen Zuschlags zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen in die Prämien aller Vollversicherten erfolgen.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 45 § 8 Abs. 1 Nr. 6 KVO ist wie folgt zu ändern:

„6. Bei substitutiven Krankenversicherungen den Zuschlag zur Finanzierung des Zuschusses zum Basistarif gemäß § 257 Abs. 2b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen im Basistarif gemäß § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes.“

Artikel 45 § 8 Abs. 1 Nr. 7 KVO ist zu streichen.



**Artikel 45 Nr. 4
§ 10 Abs. 1a KVO**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass die rechnungsmäßige Finanzierung des Übertragungswertes gemäß § 13a KVO bei Vollversicherten mit sog. Bausteintarifen nicht in jedem dieser Tarife getrennt, sondern für den gesamten Vollversicherungsschutz einheitlich erfolgen muss.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 45 Nr. 5
§ 12 Abs. 4 KVO**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass eine analoge Anwendung des Abs. 3 für den Basistarif nicht möglich ist. Die bisherigen Regelungen zum Wechsel zwischen anderen Tarifen bleiben bestehen.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

keiner



**Artikel 45 Nr. 6
§ 13 Abs. 5 KVO**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung dient zur Umsetzung von § 178f Abs. 1 Satz 2, wonach auch bei Wechsel in den Basistarif des eigenen Unternehmens nur der Übertragungswert angerechnet wird. Die Regelung ist zur Vermeidung einer Umgehung der Begrenzung bei Wechsel zu einem anderen Unternehmen nötig.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Artikel 45 Nr. 7 **§ 13a Abs. 1 KVO**

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit der Regelung wird der Übertragungswert definiert. Für den Basistarif und alle Tarife bzw. Tarifkombinationen mit einer höheren Alterungsrückstellung wird die Alterungsrückstellung des Basistarifs als Übertragungswert festgesetzt; für Versicherte, die nicht im Basistarif versichert sind, handelt es sich um einen fiktiven Wert. Bei Tarifen bzw. Tarifkombinationen mit einer niedrigeren Alterungsrückstellung stellt die tatsächliche kalkulatorische Alterungsrückstellung den Übertragungswert dar.
- b) Für den Bestand ist eine fiktive Berechnung einer Alterungsrückstellung im Basistarif auch für Zeiten vor dessen Einführung erforderlich. Diese Rückrechnung ist bis zum Beginn der Vollversicherung nötig. Die Unternehmen sollen dabei möglichst einheitliche Rechnungsgrundlagen verwenden. Dies ist für die Rechnungsgrundlage Sterblichkeit nicht ohne weiteres möglich, da es vor Einführung der Sterbetafel PKV 2000 keine speziellen Tafeln für die Krankenversicherung gab und die Unternehmen verschiedene Tafeln verwendet haben. Daher erfolgt die Regelung, dass die Unternehmen die Tafel anzusetzen haben, die sie in dem betreffenden Jahr für neue Tarife und den Neubestand bei Neukalkulation bestehender Tarife angesetzt haben.
- c) Die Regelung sieht vor, dass für den vorhandenen Bestand die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen erst nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren eingeführt wird. Während der Übergangsfrist wird als bisheriges Eintrittsalter mindestens das Alter 40 angesetzt und so die zu übertragende Alterungsrückstellung gekürzt. Soweit der Versicherte nach dem 40. Lebensjahr erstmalig in der PKV versichert wurde, gilt das tatsächliche Eintrittsalter.

B. Stellungnahme

- a) Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.
- b) Die Regelung ist für die GKV nicht relevant, daher erfolgt keine Stellungnahme.
- c) Die Regelung wird abgelehnt, da sie im Ergebnis bedeutet, dass die Wechselmöglichkeiten für Bestandsversicherte unter 40 Jahren in der Übergangsfrist doch stark eingeschränkt sind.

C. Änderungsvorschlag

- a) Keiner

*Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf eines
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG
Bundestags-Drucksache 16/3100 – vom 24.10.2006*



- b) Keiner
- c) Artikel 45 § 13a Abs. 3 KVO wird gestrichen.



Artikel 46 Abs. 1 (Inkrafttreten)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Generelles Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.04.2007

Die Änderungen in den §§ 6, 165, 173, 176, die die See-Krankenkasse betreffen, treten, da sie nicht in Artikel 46 Absatz 7 aufgeführt sind, zum 01. April 2007 in Kraft.

B. Stellungnahme

Aufgrund der Mitgliedschaft in der See-Krankenkasse haben sich die Versicherten auf diese besondere Form der seefahrtorientierten Solidarität längerfristig vorsorgend mit entsprechenden Anwartschaften aus dieser nicht für andere zugänglichen besonderen (geschlossenen) Solidargemeinschaft eingestellt. Diese besonderen Anwartschaften gilt es zumindest mit einer wenn auch kurzen Übergangszeit zu schützen.

Es sind nicht nur die Interessen der Mitglieder, die momentan keiner Leistungen bedürfen und denen Wahlmöglichkeiten schnell eingeräumt werden sollen, sondern auch die Interessen der Mitglieder, die jetzt oder kurzfristig Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen müssen und die sich auf diesen Schutz der besonderen Solidargemeinschaft in der See-Krankenkasse eingestellt haben, zu berücksichtigen. Mit der zu begrüßenden Einräumung von Wahlrechten, die zunächst vorrangig den Gesunden zugute kommen, müssen auch die Rechte der Kranken beachtet werden, die in ihrer Notlage regelmäßig nicht an einem Kassenwechsel interessiert sind.

Dieser Abwägungsfrage sollte mit einer Übergangszeit bis 01.01.2009 begegnet werden, um allen betroffenen Zeit zu geben, sich auf die neue Situation einer veränderten Solidargemeinschaft in der See-Krankenkasse einzustellen.

C. Änderungsvorschlag

Die Änderungen, die die See-Krankenkasse betreffen, sind in Artikel 46 Absatz 7 mit einem Inkrafttreten zum 01.01.2009 aufzunehmen.



Artikel 46 Abs. 2 (Inkrafttreten von Änderungen der §§ 6 und 87 Abs. 3b-3e SGB V sowie § 3a KVLG 1989)

B. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung, wonach ein Wechsel abhängig Beschäftigter von der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung nur noch dann möglich ist, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren übersteigt, soll zur Vermeidung von Vorzieheffekten ebenso am Tag der ersten Lesung im Deutschen Bundestag rückwirkend in Kraft treten (27.10.2006), wie eine entsprechende Übertragung dieser Bestimmung in die landwirtschaftliche Krankenversicherung. Auch die Regelungen zur Errichtung eines Instituts, das den Bewertungsausschuss bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unterstützt, soll zu diesem Zeitpunkt wirksam werden,

B. Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Ein wesentlich späteres Inkrafttreten hätte sehr wahrscheinlich eine erhebliche Wechselbewegung vornehmlich guter Risiken von der GKV zur PKV mit entsprechenden Finanzkraftverlusten für die GKV-Gemeinschaft zur Folge. Bezüglich der Regelungen zur Institutserrichtung wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe i) verwiesen.

D. Änderungsvorschlag

keinen



Artikel 46 Abs. 3 (Inkrafttreten diverser Regelungen zum 01.01.2007)

B. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen

- zum GKV-Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser,
 - zu Satzungsregelungen der Krankenkassen bezüglich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung sowie
 - zum in den Übergangsvorschriften zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen (Artikel 39) enthaltenen Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen
- treten zum 1. Januar 2007 in Kraft.

B. Stellungnahme

Vorbehaltlich der Stellungnahmen zu den betroffenen Regelungen im einzelnen werden die Inkrafttretensvorschriften für zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

keinen



Artikel 46 Abs. 4 (Inkrafttreten div. Regelungen am Tag nach der Verkündung)

A. Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung, die die Wahlordnung für die Organe des Spitzenverbandes bestimmt sowie die Regelung, wonach auch landwirtschaftliche Krankenkassen insolvenzfähig sind, sollen am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten.
- b) Regelungen zur Vorbereitung der Einführung eines Basisitarifes in der PKV.

B. Stellungnahme

- a) Da die Spitzenverbände die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung, Zentralisierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§§ 217a ff SGB V)), werden auch diese Inkrafttretensregelungen abgelehnt.
- b) Die Inkrafttretensregelung ist zielführend.

C. Änderungsvorschlag

Artikel 38 Abs. 4 Buchstabe a) ist zu streichen.



Artikel 46 Abs. 5 (Inkrafttreten div. Regelungen zum 01.01.2008)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Spitzenverband, zur Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses, zu den damit in Zusammenhang stehenden Änderungen zur Qualitätssicherung sowie zur privaten Krankenversicherung sollen zum 01.01.2008 in Kraft treten.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Regelungen zur Organisationsreform der Selbstverwaltung ablehnen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 149 (§§ 217a ff SGB V)), werden auch die entsprechenden Regelungen zu deren Inkrafttreten abgelehnt. Das Inkrafttreten der PKV- und einiger anderer Regelungen bleiben davon unberührt.

C. Änderungsvorschlag

In Artikel 46 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

“(5) Artikel 1 Nr. 38, Nr. 43 Buchstabe a, Nr. 48, Nr. 53 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb und Buchstabe f, Nr. 78, Nr. 100 Buchstabe b, Nr. 101, Nr. 122 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Nr. 142, Nr. 174 Buchstabe c und d, Nr. 197 Buchstabe b, Nr. 199 Buchstabe a und c, Artikel 2 Nr. 5, Artikel 23 Nr. 1, Nr. 3, Artikel Nr. 5 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3 Buchstabe a, Nr. 4 bis 6, Artikel Nr. 42 bis 45 treten zum 1. Januar 2008 in Kraft.“



Artikel 46 Abs. 7 (Inkrafttreten div. Regelungen zur Organisationsreform zum 01.01.2009)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Errichtung des Gesundheitsfonds, über den Beitragseinzug, die Beitragsgestaltung, zur Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts sollen zum 01.01.2009 in Kraft treten.

Die Änderungen, die die See-Krankenkasse betreffen, sind nicht aufgeführt.

B. Stellungnahme

Da die Spitzenverbände die Regelungen zur Errichtung des Gesundheitsfonds und die vorgelegte Reform der Verbandsstrukturen als zentralen Baustein der beabsichtigten Vereinheitlichung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ablehnen, werden auch die entsprechenden Inkrafttretensregelungen dieser Vorschriften abgelehnt.

Zur Problematik des Inkrafttretens der Bestimmungen, die die See-Krankenkasse betreffen, wird auf die Stellungnahme zu Artikel 46 Absatz 1 verwiesen.

C. Änderungsvorschlag

Streichung der Inkrafttretensregelungen zu den Vorschriften zum Gesundheitsfonds und zur Reform der Verbandsstrukturen.

Die Änderungen, die die See-Krankenkasse betreffen, sind in Artikel 46 Absatz 7 mit einem Inkrafttreten zum 01.01.2009 aufzunehmen.



Artikel 46 Abs. 8 (Inkrafttreten von § 28f SGB IV)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung über die Einrichtung von Weiterleitungsstellen (beauftragte Stellen) zur Entgegennahme und Weiterleitung von Meldungen, Beitragsnachweisen und Gesamtsozialversicherungsbeiträgen der Arbeitgeber soll zum 1. Januar 2011 in Kraft treten.

B. Stellungnahme

Vorbehaltlich der Stellungnahme zu der betroffenen Regelung (Artikel 4 Nr. 3 bzgl. § 28f SGB IV) im einzelnen wird die Vorschrift für zielführend erachtet.

C. Änderungsvorschlag

keinen