

Spitzenverbände der Krankenkassen

VdAK • 53719 Siegburg

Frau
Dr. Martina Bunge, MdB
Vorsitzende des
Ausschusses für Gesundheit
Bundestagsfraktion DIE LINKE.
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Kontaktstelle:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Telefon: (0 22 41) 1 08 - 0

Ihre Ansprechpartnerin:

Frau Dr. Doris Pfeiffer

Durchwahl: (0 22 41) 1 08 - 221
Telefax: (0 22 41) 1 08 - 465
E-Mail: doris.pfeiffer@vdak-aev.de

19. Januar 2007

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

zur Vorbereitung der anstehenden abschließenden Beratungen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz senden wir Ihnen unsere gemeinsame Stellungnahme zu den bisher vorliegenden Änderungsanträgen in den Ausschussdrucksachen mit den Nummern 0161, 0162 und 0164.

Wir bitten Sie, Ihr besonderes Augenmerk auf die Stellungnahme zum Änderungsantrag zu § 217 g SGB V (Einsetzung eines Errichtungsbeauftragten) zu richten, da die hier vorgesehenen Fristen zur Bestellung eines Errichtungsbeauftragten und zur Wahl des Vorstands nicht ausreichend sind.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Doris Pfeiffer

Anlage

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 3
Artikel 1 Nr. 9
§ 16 SGB V (Ruhe der Ansprüche)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

keine

B. Beabsichtigte Änderung

Bei mehrmaligem Nichtzahlen der Beiträge wird – nach dem Vorbild der seit Jahren geltenden Regelung bei pflichtversicherten Künstlern und Publizisten – ein Ruhe des Leistungsanspruchs angeordnet. Betroffen sind die Personen, die die Krankenversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben, also vornehmlich freiwillige Mitglieder sowie die neue Gruppe der bislang Nichtversicherten (Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, sind vom Ruhe ausgenommen.

C. Stellungnahme

Es handelt sich grundsätzlich um eine notwendige Folgeänderung zur Einführung einer Versicherungspflicht für bislang Nichtversicherte (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) und der damit zusammenhängenden Aufhebung der Regelung über das Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung von Beiträgen. Neben der Erhebung von Säumniszuschlägen muss die Nichtzahlung von Beiträgen weiterhin für den Versicherten im Interesse der Versichertengemeinschaft spürbare Konsequenzen haben.

Die Änderung entspricht jedoch nur teilweise einem Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen (vgl. hierzu die gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen ggü. dem BT-Ausschuss zu Artikel 1 Nr. 139 - § 191 SGB V - des Gesetzentwurfs). Wenn der Versicherungsausschluss mit einem der Ziele des vorliegenden Gesetzentwurfs künftig nicht mehr in Einklang zu bringen sein sollte, muss für sog. Nichtzahler (hierzu zählen neben den freiwillig Versicherten Mitgliedern künftig auch die Pflichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) ein vollständiges Ruhe des Anspruches auf Leistungen erwogen werden. Eine vergleichbare Regelung, die ebenfalls ein vollständiges Ruhe des Anspruches vorsieht, existiert bereits in § 16 Abs. 2 KSVG.

Ferner sieht § 16 Abs. 2 KSVG den Leistungsausschluss bereits nach 2 Monaten Beitragsrückstand vor. Eine Beschränkung des Leistungsausschlusses, die nur für die nach dem SGB V betroffenen Versicherten und dazu erst nach einem Beitragsrückstand von 3 Monaten in Betracht käme, ist mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht vereinbar.

D. Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) – Drs. – 16/3100 wird zu Artikel 1 Nr. 9a (§ 16 – Ruhen des Anspruchs) folgende Änderung vorgeschlagen:

§ 16 Abs. 3a Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 gilt entsprechend für Versicherte dieses Buches, die mit einem Beitrag in Höhe von Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen.“

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 5
Artikel 1 Nr. 12
§ 20d SGB V (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Der GKV-Leistungskatalog soll auf sämtliche Impfungen, bei Einschleppungsgefahr auch auf Reiseimpfungen, erweitert werden. Die Voraussetzungen und der Leistungsumfang sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (erstmals bis 30. Juni 2007), sonst innerhalb von drei Monaten nach STIKO-Veröffentlichung) per Richtlinie konkretisiert werden. Bis zur Richtlinienfestlegung dürfen empfohlene Schutzimpfungen zu Lasten der GKV erbracht werden.

B. Beabsichtigte Änderung

Die Impfleistungen sollen nun außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung organisiert werden. Mit einem weiteren Antrag zu § 132e SGB erhalten die Krankenkassen einen Sicherstellungsauftrag.

C. Stellungnahme

Die gesamten neu anfallenden Impfkosten werden von den Steuerungsinstrumenten der vertragsärztlichen Versorgung (Ausgabensteuerung nach § 84 SGB V und vertragsärztliche Gesamtvergütung) ausgenommen. Ansonsten lässt der Änderungsantrag die bisherige Regelungssubstanz unangetastet. Damit besteht das erhebliche Ausgabenrisiko von 1,6 Mrd. Euro fort. Es wird auf die grundsätzliche Ablehnung der Spitzenverbände und den bereits vorgelegten Änderungsvorschlag verwiesen.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 5 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD wird wie folgt gefasst:

Zu Artikel 1 Nr. 12
§ 20d SGB V wird aufgehoben.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0164, Nr. 3
Artikel Nr. 1 Nr. 16
§ 31 Abs. 2a – neu – (Erstattungshöchstbetrag)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Für nicht in die Festbetragsregelung einbeziehbare Arzneimittel werden Höchstbeträge eingeführt. Die Festsetzung erfolgt nach Bewertung durch das IQWiG oder im Einvernehmen mit den pharmazeutischen Unternehmen. Dabei sollen die Entwicklungskosten berücksichtigt werden.

B. Beabsichtigte Änderung

Für die Berücksichtigung wird nun das Kriterium „angemessen“ maßgeblich.

Bei Arzneimitteln mit nachgewiesener Kosteneffektivität oder ohne (auch nicht medikamentöse) Behandlungsalternative dürfen Höchstbeträge nicht festgesetzt werden. Eine Bewertung darf erst bei Vorliegen hinreichender medizinischer Erkenntnisse erstellt werden.

C. Stellungnahme

Auch das Kriterium „Angemessenheit“ bleibt ein unbestimmter, schwer ausfüllbarer Rechtsbegriff. Die für Höchstbeträge notwendige Kosten-Nutzen-Bewertung wird funktional eingeschränkt und zudem auf die lange Bank geschoben. Die Industrie fordert schon heute einen Zeitbedarf von zwei bis fünf Jahren nach Markteinführung für die Erkenntnisgewinnung. Damit verliert die Höchstbetragsregelung ihre Steuerungswirkung.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 3 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zu Artikel 1 Nr. 16 wird aufgehoben.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0164, Nr. 4
Artikel Nr. 1 Nr. 20
§ 35b (Kosten-Nutzen-Bewertung)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Der Aufgabenkatalog des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird dahingehend erweitert, über den Zusatznutzen hinaus auch die Kosten von erstmals erstattungsfähigen, patentgeschützten und anderen bedeutenden Arzneimitteln zu bewerten. Dabei sind die Grundlagen der evidenzbasierten Medizin bzw. für die gesundheitsökonomische Bewertung international übliche Standards einzuhalten.

B. Beabsichtigte Änderung

Es werden Vorgaben sowohl zur Methodik der wissenschaftlichen Bewertungen als auch für die wirtschaftliche Bewertung eingeführt. Darüber hinaus sollen Anhörungs- und Beteiligungsrechte erweitert werden.

C. Stellungnahme

Das IQWiG ist als fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut im Gesetz verankert. Für die Durchführung der Aufgaben werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt Methoden der evidenzbasierten Medizin angewendet. Gleiches gilt auch für Standards der Gesundheitsökonomie. Beide Bereiche sind auch hinsichtlich des Patientennutzens ausführlich im Methodenpapier (vgl. Pkt. 2.1 bzw. 2.5.3) geregelt. Die im Änderungsantrag vorgeschlagenen Kriterien sind dort ausreichend berücksichtigt.

Die auch im internationalen Maßstab vergleichbaren Beteiligungsrechte Dritter und eine entsprechende Transparenz ist ebenfalls ausreichend geregelt. Eine Erweiterung dieses Regelkreises würde zu Verzögerungen führen, ohne im Ergebnis zu weiterem Erkenntnisgewinn zu führen.

D. Änderungsvorschlag

Die ursprünglich in § 35b Abs. 1 SGB V vorgesehene Regelung im GKV-WSG ist ausreichend.

Der Änderungsantrag ist abzulehnen.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

Drs. 0161, Nr. 10

Artikel 1 Nr. 21a

§ 35c (Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln im Rahmen klinischer Prüfungen)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die Neuregelung ist bisher im GKV-WSG-Entwurf nicht vorgesehen.

B. Beabsichtigte Änderung

Arzneimittel, die zulassungsüberschreitend im Rahmen einer klinischen Studie eingesetzt und verordnet werden, sollen Gegenstand der ambulanten Versorgung werden. Damit erhalten Versicherte einen Leistungsanspruch auf Arzneimittel im off-label-use, die Krankenkassen werden für klinische Studien erstattungspflichtig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zu angekündigten klinischen Studien ein Widerspruchsrecht von acht Wochen und ansonsten das Nähere in Richtlinien zu regeln. Krankenkassen haben gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmer nur dann einen Erstattungsanspruch, wenn die Studien zu einer Zulassungserweiterung führen.

C. Stellungnahme

Klinische Studien mit zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Indikationen sind rechtlich mit Studien mit (noch) nicht zugelassenen Arzneimitteln gleichzustellen. Nach dem Arzneimittelgesetz hat der Hersteller bei letztgenannten Studien die Prüfpräparate bereitzustellen. Dies gilt auch für Prüfpräparate, die in anderen Indikationsbereichen zugelassen sind.

Die Neuregelung entzieht dem Versicherten den Rechtsschutz durch das Arzneimittelgesetz (Herstellerhaftung). Auch zugelassene Arzneimittel können bei Anwendung außerhalb der Zulassung erhebliche Sicherheitsrisiken bergen. So führte eine Studie mit zugelassenen HIV-Arzneimitteln in nicht zugelassenen Dosierungsintervallen zur Erhöhung der Todesfälle bzw. zum beschleunigten Krankheitsverlauf. Mit dem Änderungsantrag wird die im SGB V verankerte Qualitätssicherung verlassen, die bei Arzneimitteln im Wesentlichen an die Zulassung anknüpft.

Die Neuregelung bietet Herstellern die Chance, für Arzneimittel, deren solitäre Stellung insbesondere durch Patentschutz ausläuft, sich den zulassungsüberschreitenden Einsatz durch die GKV finanzieren zu lassen. Damit sind erhebliche Zusatzkosten für die GKV verbunden.

Eine Forschungsförderung durch die GKV ist abzulehnen. Fördermaßnahmen bestehen insbesondere für Kinderarzneimittel bereits auf EU-Ebene für neue innovative Arzneimittel durch Patentverlängerung von sechs Monaten bzw. für patentfreie Arz-

neimittel durch Förderung bis zu 10 Jahren. Durch Wegfall des generischen Wettbewerbs bei patentfreien Kinderarzneimitteln trägt die Krankenversicherung bereits erhebliche Mehrkosten (Gutachten der EU-Kommission).

Arzneimittel gegen seltene Leiden (orphan drugs) werden durch Kürzung oder Erlass von Zulassungsgebühren, durch kostenfreie wissenschaftliche Begleitung durch die EMA und durch 10 Jahre Marktexklusivität gefördert. Außerdem kann ein Arzneimittel auch auf Basis weniger Daten zugelassen werden, wenn hierfür ein öffentliches Interesse vorliegt.

Auch innovationspolitisch ist die Neuregelung fragwürdig. Ziel der Regelungen muss die Zulassung bleiben. Einige der zugelassenen Arzneimittel haben Umsätze wie Blockbuster (z. B. Insulin- oder Blutdruck-Arzneimittel). Die Kostenübernahmegarantie nimmt den Herstellern den Anreiz für die Neuentwicklung von Arzneimitteln. Darüber hinaus besteht für klinische Studien im Krankenhaus eine Regelung. Die Neuregelung überträgt die Forschungskosten für nicht erfolgreiche zur Zulassungserweiterung führende Studien auf die Krankenkassen.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 10 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD wird abgelehnt.

Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD

Drs. 0161, Nr. 12

Artikel 1 Nr. 25

§ 39 a (stationäre und ambulante Hospizleistungen)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

In der Hospizversorgung sollen die besonderen Belange von Kindern besser berücksichtigt werden.

B. Beabsichtigte Änderung

a) Installierung eines Schiedsverfahrens

b) Ausweitung der ambulanten Hospizleistungen auf stationäre Pflegeeinrichtungen

C. Stellungnahme

zu a) Es gibt bislang in der Vertragspartnerschaft der Hospiz- und Krankenkassenverbände keine Situation, die ein Schiedsverfahren erforderte. Die Regelung ist daher überflüssig.

zu b) Die Änderung ist sehr bedenklich. Damit werden die Pflegeheime in die Lage versetzt, die nach ihrem eigenen Selbstverständnis zu ihren originären Aufgaben gehörende Sterbebegleitung outzusourcen. Dieser Schritt ermöglicht es den Pflegeheimen, auf qualifizierte Pflegefachkräfte – zu deren Berufsbild auch die Sterbebegleitung gehört – zu verzichten und in höherem Umfang weniger qualifiziertes Personal einzustellen. Einer generellen weiteren Qualitätsminderung in Pflegeheimen ist damit Vorschub geleistet; die Fachlichkeit der Versorgung insgesamt wird aber nicht verbessert.

D. Änderungsvorschlag

Auf den Änderungsantrag wird verzichtet.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0164, Nr. 6
Artikel 1 Nr. 37
§ 62 (Belastungsgrenze/Bonus-Malus-Regelung)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

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.

Als Nachweis des Fortbestehens der chronischen Erkrankung wird künftig jährlich eine ärztliche Bescheinigung gefordert, wonach sich der Versicherte therapiegerecht verhält.

B. Beabsichtigte Änderung

Die Koppelung von Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und ermäßigter Belastungsgrenze wird erst wirksam, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die erforderlichen Ausnahmeregelungen festgelegt hat. Er hat hierfür bis zum 31. Juli 2007 Zeit. Das Wirksamwerden der Koppelung erfolgt unter Berücksichtigung der Verfahrensregelungen nach § 94 SGB V zum 1. Januar 2008.

Versicherte, denen ein therapiegerechtes Verhalten nicht zuzumuten ist, insbesondere Pflegebedürftigen der Pflegestufen 2 und 3 nach dem SGB XI oder Schwerbehinderten mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 werden vom Nachweis des therapiegerechten Verhaltens ausgenommen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Aufgabe zugewiesen, die Fälle zu definieren, für die die Ausnahme gelten soll.

C. Stellungnahme

An der grundsätzlichen Kritik zur vorgesehenen Verknüpfung zwischen Vorsorgeuntersuchungen und den Regelungen zur Zuzahlungs-Überforderungsregelung sowie zum vorgesehenen Nachweis des therapiegerechten Verhaltens wird unter Hinweis

auf die bisherige Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen festgehalten.

Wenn die geplanten Neuregelungen von der Politik dennoch weiter verfolgt werden, ist die geplante Änderung bezüglich des Wirksamwerdens der Kopplung zwischen der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und ermäßigter Belastungsgrenze sinnvoll, um diesbezügliche Rechtsunsicherheiten auszuschließen.

Die Regelungen über den Nachweis des therapiegerechten Verhaltens wären aufgrund der noch vorzunehmenden Definition von Ausnahmefällen, in denen den Versicherten ein therapiegerechtes Verhalten nicht zuzumuten ist, allerdings erst rechtsicher anwendbar, wenn die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss im Bundesanzeiger veröffentlicht und damit in Kraft getreten sind. Um zum einen bei Anträgen nach § 62 SGB V im Laufe des Jahres 2007 eine vom Antragsdatum abhängige unterschiedliche Behandlung vergleichbar Betroffener zu vermeiden und zum anderen den Versicherten ausreichend Zeit zur Einstellung auf die Neuregelung zu lassen, wäre es erforderlich, entsprechend den im Änderungsantrag enthaltenen Regelungen bzgl. der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen auch den Nachweis des therapiegerechten Verhaltens ausdrücklich erst für Zeiträume ab 1. Januar 2008 vorzusehen.

D. 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 46 Abs. 5 des GKV-WSG wird wie folgt geändert:
Nach der Angabe „Nr. 36“ wird die Angabe „Nr. 37“ eingefügt.

Die bereits in der Vergangenheit seitens der Spitzenverbände angeregten Klarstellungen im § 62 SGB V sollten in den Entwurf aufgenommen und dessen Abs. 2 wie folgt geändert werden:

„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 Einkommensteuergesetzes ergebenden Kinderfreibetrag in doppelter Höhe zu vermindern, so-

fern 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.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 18
Artikel 1 Nr. 40 (Einfügung Nr. 40a)
§ 69 SGB V (Wettbewerbsrecht)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

§ 69 SGB V sollte bisher nicht geändert werden.

B. Beabsichtigte Änderung

Mit einer Einfügung in den § 69 SGB V werden die kartellrechtlichen Vorschriften zum Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung, zum Diskriminierungsverbot und zum Boykottverbot auch in den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern für entsprechend anwendbar erklärt. Ausgenommen sollen nur die Verträge werden, zu deren Abschluss die Krankenkassen verpflichtet sind und eine Schiedsamsregelung vorgesehen ist.

C. Stellungnahme

Die Ergänzung des § 69 SGB V ist überflüssig und schädlich. Überflüssig ist die Regelung, weil die in den kartellrechtlichen Vorschriften niedergelegten Grundsätze bereits gelten. Da innerhalb des Anwendungsbereichs des § 69 SGB V die Leistungserbringer sich auf die Grundrechte berufen können, ist beispielsweise das Diskriminierungsverbot schon durch Artikel 3 GG gewährleistet. Anders als im zivilrechtlichen Wirtschaftsleben gilt dies für die Krankenkassen auch wenn keine Marktbeherrschung vorliegt. Mit der Anwendungsregelung für die kartellrechtlichen Vorschriften wird den Leistungserbringern bei Marktbeherrschung ein doppelter Anspruch (zum einen aus Grundrechten und zum anderen aus dem Kartellrecht) gewährt, der nicht begründbar ist. Dies führt dazu, dass von den Leistungserbringern wieder mehrfach Ansprüche aus verschiedenen Rechtsgebieten (zum Teil sogar systemwidrige, wie beispielsweise Kontrahierungszwänge) geltend gemacht werden können. Dies widerspricht dem Sinn des § 69 SGB V, der eine solche Rechtszersplitterung gerade verhindern soll.

Die größte Gefahr bei dieser Änderung besteht darin, dass damit auch nach europäischem Recht die Krankenkassen als Unternehmen gelten könnten. Es stellt einen nicht auflösbaren Widerspruch dar, wenn im nationalen Recht weite Teile der Regelungen für Unternehmen für anwendbar erklärt werden sollen, aber im europäischen Recht dies nicht gelten soll. Dieser Widerspruch wird jedenfalls nicht dadurch aufgelöst, dass in der Begründung zum Änderungsantrag das Gegenteil behauptet wird. Die Ausführungen geben eher eine Begründung dafür, dass die Anwendung der kartellrechtlichen Regelung nicht sinnvoll ist. Im Übrigen steht die Begründung im Widerspruch zur Begründung zu Artikel 1 Nummer 130 WSG-Entwurf. Wenn der europäische Unternehmensbegriff anwendbar wird, hätte dies weitreichende Auswirkungen auf den Gestaltungsspielraum des nationalen Gesetzgebers.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 40 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD ist abzulehnen.

**Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 20
Artikel 1 Nr. 43
§ 73 Abs. 8 SGB V (Information über Rabattverträge)**

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die Neuregelung ist bisher im GKV-WSG nicht vorgesehen.

B. Beabsichtigte Änderung

Die Praxissoftware der Ärzte muss auch Angaben über vorliegende Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern nach § 130a Abs. 8 SGB V enthalten.

C. Stellungnahme

Die Neuregelung unterstützt grundsätzlich die Information der Ärzte und liegt damit im Interesse der wettbewerblichen Aktivitäten von Krankenkassen. Um die neue Aufgabe erfüllen zu können, ist in § 130a Abs. 8 SGBV eine Meldeverpflichtung der Vertragsparteien vorzusehen. Die Abbildung in der Praxissoftware verlangt standardisierte Angaben auch zu den Konditionen und Produkten. Die bloße Angabe eines bestehenden Rabattvertrages ist wertlos. Selektive Rabattverträge für bestimmte Arzt- oder Patientengruppen sowie für indikationsbezogene oder umsatzabhängige Rabatte lassen sich nicht darstellen.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 29 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zu Artikel 1 Nr. 97 (§ 130a SGB V) Buchstabe b) wird wie folgt ergänzt:

„j) In Abs. 8 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„§ 31 Abs. 2 Satz 4 gilt entsprechend.“

Satz 5 wird zu Satz 6.“

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 21
Artikel 1 Nr. 47
§ 73d (Zweitmeinung)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die Versorgung mit besonderen Arzneimitteln soll nur noch nach Zweitmeinung eines spezialisierten Arztes oder durch diesen erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien die besonderen Arzneimittel, die Verordnungskriterien und die Qualifikationsanforderungen für Zweitmeinungsärzte. Diese werden durch die KVen einvernehmlich mit den Landesverbänden der Krankenkassen bestimmt. Wenn eine Festlegung der regionalen Vertragspartner ausbleibt, können einzelne Krankenkassen Krankenhausärzte in Anspruch nehmen.

B. Beabsichtigte Änderung

Die Kriterien für Arzneimittel mit Notwendigkeit einer Zweitmeinung (hohe Jahrestherapiekosten, erhebliches Risikopotential) sowie die Verfahrensvorschriften werden ergänzt. In den Kreis der potentiellen Zweitmeinungsärzte werden Ärzte aus Hochschulkliniken einbezogen und aus dem Medizinischen Dienst ausgeschlossen.

C. Stellungnahme

Der Kriterienkatalog wird um weitere unbestimmte Rechtsbegriffe angereichert und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss inhaltlich zu füllen. Der Ausschluss von MDK-Ärzten ist nicht nachvollziehbar. Nach § 275 SGB V sind MDK-Ärzte „dem ärztlichen Gewissen“ verpflichtet und daher grundsätzlich für die Zweitmeinung geeignet.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 21 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD wird wie folgt geändert:

In Buchstabe b) wird Doppelbuchstabe bb) gestrichen.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

Drs. 0162, Nr. 5 neu

Artikel 1 Nr. 57

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

§ 87 enthält die Vorgaben zur Reform des EBM in 2007 als Grundlage für die Einführung der Euro-Gebührenordnung zum 1.1.2009:

- Abstufung der Bewertung der Leistungen in Abhängigkeit von der Menge
- Versichertenpauschalen für Hausärzte
- Grund- und Zusatzpauschalen sowie diagnosebezogene Fallpauschalen für Fachärzte
- Vorgaben zur Ermittlung des bundeseinheitlichen Punktwertes (Orientierungswert)
- Errichtung eines Instituts des Bewertungsausschusses

B. Beabsichtigte Änderung

Ziel des Änderungsantrags ist, die Anforderungen an die EBM-Reform zu reduzieren bzw. zeitlich zu verschieben, um das Inkrafttreten einer (Teil-)EBM-Reform zum 1.1.2008 zu ermöglichen. Zu diesem Zweck werden folgende Pflichtvorgaben für die Reform durch Kann-Regelungen ersetzt:

- die betriebswirtschaftliche Abstufung der Bewertungen
- die Begrenzung der Abrechnung der Pauschalen auf einen Arzt.

Die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen wird auf 2011 verschoben.

Zusätzlich sind Änderungen vorgesehen, die mehr Spielraum für zusätzliche Vergütungen schaffen sollen:

- mehr Einzelleistungen neben den Pauschalen werden möglich
- Fortschreibung der Sonderregelung für psychotherapeutische Leistungen
- Anbindung der Punktwertentwicklung an die für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten
- Die bisherige Vorgabe zur kostenneutralen Kalkulation der Punktwerte bei Über- und Unterversorgung wird aufgehoben

Schließlich soll eine Verpflichtung zur Erhebung und Weiterleitung von Daten zur ärztlichen Vergütung in Einzelverträgen (§§ 73b und 73c, 140a ff. SGB V) an den Bewertungsausschuss eingeführt werden. Damit soll auch das Leistungsgeschehen außerhalb des Kollektivvertrags erfasst und zur Berechnung von Regelleistungsvolumina und Arzthonoraren herangezogen werden.

C. Stellungnahme

Insgesamt ist festzustellen, dass die beantragten Änderungen nicht nur der Vereinfachung der komplexen Vorschriften dienen, sondern auch Zugeständnisse an die Ärzte zu lasten der Krankenkassen darstellen. Das Ziel, einen weitgehend pauschaliereten EBM als Grundlage der Euro-Gebührenordnung zu schaffen, kann bis zum 1.1.2008 nicht erreicht werden. Wegen des weiterhin gültigen engen Zeitplans ist zu erwarten, dass es im wesentlichen beim geltenden EBM bleibt. Damit bestehen weiterhin nicht morbiditätsbedingte Mengenrisiken, die nach Wegfall der Budgetierung von den Kassen zu tragen sind.

Die Datenerhebung über das Leistungsgeschehen in einzelvertraglichen Strukturen wird darüber hinaus dazu führen, dass die Vergütungsstrukturen in den Einzelverträgen in ihrer Vielfalt eingeschränkt werden. Um für den Bewertungsausschuss verwertbare Daten produzieren zu können, werden sich die Einzelverträge eng an die EBM-Strukturen anlehnen müssen. Vergütungsregelungen in Einzelverträgen werden dadurch zu einem reinen Preiswettbewerb degenerieren; sektorübergreifende Vergütungsformen (insbesondere in der integrierten Versorgung) werden nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Anwendung kommen können.

D. Änderungsvorschlag

Wenn auf die bisher vorgesehenen Vorgaben zur Reform des EBM verzichtet wird, müssen die dadurch entstehenden finanziellen Risiken der Krankenkassen durch stringente Vorgaben zur Ausgabenbegrenzung auf GKV-Ebene abgefangen werden. Die Ausgabenbegrenzungen auf GKV-Ebene können allenfalls und erst dann wegfallen, wenn alle Elemente der vorgesehenen EBM-Reformen realisiert sind.

Die Datenverarbeitung über Einzelverträge im Bewertungsausschuss muss entfallen, da hierdurch einzelvertragliche Möglichkeiten behindert werden. Die Berücksichtigung dieses Leistungsspektrums muss durch Simulationen erfolgen, die im Institut des Bewertungsausschusses angestellt werden können; analoges gilt schließlich auch für die privatärztliche Versorgung.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

Drs. 0162, Nr. 6

Artikel 1 Nr. 57a

§ 87a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die bisher in § 85 a geregelten Vorgaben zur regionalen Euro-Gebührenordnung und zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden jetzt in einem neu gefassten § 87 a wiedergegeben. Gegenstand des bisher vorgesehenen § 85 a sind Vorgaben zur Vereinbarung des regionalen Euro-Punktwertes und der Gesamtvergütung auf der Grundlage des Behandlungsbedarfs der Versicherten (morbiditätsbedingte Gesamtvergütung).

C. Beabsichtigte Änderung

Die Übernahme der bisher in § 85a getroffenen Regelungen in den neu gefassten § 87 a ist mit einigen inhaltlichen Änderungen verbunden:

- a. soweit ein nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter zusätzlicher Behandlungsbedarf entsteht, ist dieser zeitnah (im folgenden Abrechnungsquartal) zu vergüten
- b. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind die Leistungen der Substitutionsbehandlung zu vergüten
- c. weitere Leistungen können außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden.

C. Stellungnahme

Wiederum ist festzustellen, dass die beantragten Änderungen auch Zugeständnisse an die Ärzte zu lasten der Krankenkassen darstellen. Es besteht insbesondere die Gefahr, dass in zunehmenden Umfang Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgerechnet werden. Dadurch entsteht ein zusätzliches Ausgabenrisiko. Insoweit muss zumindest klargestellt werden, dass entsprechende Vereinbarungen nicht schiedsfähig sind.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 57 a (§ 87 a) wird wie folgt geändert:

In Nr. 57 a wird § 87 a Abs. 3 durch folgenden Satz ergänzt:

„§ 89 gilt nicht für Vereinbarungen nach Satz 5, 2. Halbsatz.“

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

Drs. 0162, Nr. 7

Artikel 1 Nr. 57 b

§ 87 c (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die bisher in § 87 Abs. 2 g geregelten Vorgaben zur erstmaligen Ermittlung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes für 2009 werden jetzt in einem neu gefassten § 87 c wiedergegeben. Gegenstand des bisher vorgesehenen § 87 Abs. 2 g sind Vorgaben, die sicherstellen sollen, dass bei der erstmaligen Ermittlung des Orientierungswertes insgesamt (bundesweit) Mehrausgaben der Krankenkassen bzw. Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind.

D. Beabsichtigte Änderung

Die Übernahme der bisher in § 87 Abs. 2 g und an anderer Stelle getroffenen Regelungen in den neu gefassten § 87 c ist mit einer Reihe von inhaltlichen Änderungen verbunden:

- a. Verschiebung der erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes bei Über- und Unterversorgung um 1 Jahr; Verzicht auf die Kostenneutralität dieser Regelung
- b. Öffnungsklausel für den Bewertungsausschuss, durch übereinstimmenden Beschluss auch einen höheren Orientierungswert festzulegen
- c. Anpassung der Berechnungsvorgabe für den Orientierungswert: nicht die tatsächliche, sondern die durch Begrenzungsregelungen gekürzte Menge ist anzuwenden, damit ein höherer Orientierungswert festgelegt werden kann
- d. Bei der Ermittlung der Leistungsmenge ist auf verfügbare Daten der letzten vier Abrechnungsquartale und auf Simulationsrechnungen zu den Auswirkungen des zum 1.1.2008 neu gefassten EBM zurückzugreifen.

C. Stellungnahme

Die bereits im GKV-WSG-Entwurf bestehende Problematik, dass die insgesamt kostenneutrale erstmalige Ermittlung des bundesweiten Orientierungswertes nicht gesichert ist, wird nur scheinbar gelöst. Eine kostenneutrale Einführung ist ohne Verpflichtung auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht möglich.

Falls der EBM zum 1.1.2008 gemäß den gesetzlichen Vorgaben wesentlich geändert wird, können die Berechnungen letztlich nur auf Simulationsrechnungen gestützt werden, da valide Abrechnungsdaten noch nicht vorliegen. Dies ist nicht zu verantworten.

Besonders problematisch ist, dass nicht die tatsächlich abgerechnete Menge an Leistungen, sondern die nach Anwendung von Begrenzungsregelungen sich ergebende Menge zugrunde zu legen ist. Dies führt von vornherein zu einem überhöhten Punktwert. Dies wäre nur dann vertretbar, wenn auch bei der Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur bzw. des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs explizit auch die gekürzte Leistungsmenge zugrundegelegt wird.

Auf der Grundlage der bisher vorgesehenen, nicht ausreichenden Regelungen besteht die ernstzunehmende Gefahr, dass ein auf Bundesebene ermittelter überhöhter Orientierungswert bereits in 2009 zu erheblichen Mehrausgaben der Kassen von bis zu 20 % und damit zu Beitragssatzsteigerungen um bis zu 0,5 Beitragssatzpunkten führt.

D. Änderungsvorschlag

Alle beschriebenen Probleme resultieren aus der Zielsetzung, einen bundesweiten Orientierungswert festzulegen. Da dieser Wert ohnehin nicht normativ bestimmt werden kann (wie von den Ärzten gefordert), sondern aus dem verfügbaren Finanzvolumen und der abgerechneten Leistungsmenge abgeleitet werden muss, erübrigt sich eine bundesweite Vorgabe. Sowohl das Finanzvolumen als auch die Leistungsmenge sind auf Landesebene besser und zeitnäher zu ermitteln als auf Bundesebene. Auch die weiterhin mögliche Anpassung des Bundeswertes an regionale Verhältnisse könnte dann entfallen. Der zentrale Änderungsvorschlag lautet daher: Verzicht auf den bundesweiten Orientierungswert zugunsten einer regionalen Lösung.

Falls an der Bundesregelung festgehalten wird, muss zumindest gewährleistet werden, dass die Ermittlung des Orientierungswertes auf einer verlässlichen Datengrundlage erfolgt. Simulationsrechnungen reichen auf keinen Fall aus.

Die ursprünglich in § 87 Abs. 2g, Satz 2 vorgesehene Regelung, dass der Orientierungswert so festzulegen ist, dass insgesamt Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, muss beibehalten werden. Es ist klarzustellen, dass die Ermittlung der Leistungsmenge nach § 87a Abs. 3 Satz 2 und die zur Ermittlung des Orientierungswertes nach § 87c herangezogene Leistungsmenge nach der gleichen Systematik erfolgt.

Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD
Drs. 0162, Nr. 8
Artikel 1 Nr. 71
§ 105 SGB V (Finanzierung Sicherstellungszuschläge)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

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.

Redaktionelle Folgeänderung aus der Aufhebung des § 313a Abs. 3

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. Beabsichtigte Änderung

Im Absatz 4 soll in Satz 2 nach der Angabe „§ 83“ die Angabe oder „§ 87a“ eingefügt werden.

Um die Unterversorgung im ärztlichen Bereich abzubauen sollen die Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 3 die für die Zahlung der Sicherstellungszuschläge benötigten Mittel in den Jahren 2007 bis 2009 in voller Höhe übernehmen.

Der Satz 3 soll aber nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten.

Im vertragszahnärztlichen Bereich soll weiterhin die bisherige Regelung bestehen bleiben, das die Ausgaben für Sicherstellungszuschläge jeweils zur Hälfte von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse übernommen werden.

C. Stellungnahme

Da den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wie bisher der gesetzliche Sicherstellungsauftrag obliegt, kann weder die bestehende noch die beabsichtigte neue Regelung sachlich nachvollzogen werden.

D. Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 71 wird Buchstabe b) wie folgt formuliert:
„Absatz 4 wird aufgehoben.“

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 28
Artikel 1 Nr. 96
§ 130 (Beibehaltung des einheitlichen Apothekenabgabepreises)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Im Sinne einer Höchstpreisregelung sollten Apotheken berechtigt werden, auf Handelszuschläge zu verzichten. Zudem sollte der Apothekenabschlag für das Jahr 2009 so angepasst werden, dass nach Abzug von individuellen Preisvereinbarungen und Rabatten im Jahre 2007 ein Einsparvolumen von 500 Mio. Euro erzielt wird.

B. Beabsichtigte Änderung

Mit der Abkehr von der Höchstpreisregelung wird auch der Verzicht auf Handelszuschläge zurückgenommen. Zur Sicherstellung des Einsparbeitrages der Apotheken wird der gesetzliche Apothekenabschlag von 2 Euro auf 2,30 Euro angehoben. Dies entspricht - bis zur Anpassung des Abschlages durch die Rahmenvertragspartner nach § 129 SGB V für das Jahr 2009 - einem Volumen von rund 180 Mio. Euro jährlich. Das einmalige Einsparvolumen von 500 Mio. Euro würde mit einer Rabattanhebung auf 2,82 Euro für ein Jahr erreicht. Der bereits einmal aufgehobene Auftrag an die Bundesvertragspartner nach § 129 SGB V zur jährlichen Anpassung des Apothekenabschlages wird wieder eingeführt.

C. Stellungnahme

Die Liberalisierung der Arzneimittelpreise wird nicht vollzogen. Der Änderungsantrag steht im logischen Zusammenhang zu den Anträgen zu Artikel 30 Nr. 5 und Artikel 32 (Beibehaltung einheitlicher Apothekenabgabepreise). Der Anpassungsauftrag an die Vertragspartner nach § 129 SGB V konnte bereits im Jahre 2005 nicht realisiert werden und wurde daher mit der 14. AMG-Novelle aufgehoben. Die gesetzliche Anpassung des Apothekenabschlages auf 2,30 Euro ist als dauerhafte und verbindliche Regelung einer Vertragslösung vorzuziehen. Daher ist auch der nach Änderungsantrag verbleibende Auftrag zur Anpassung des Apothekenabschlages zu streichen.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 28 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD wird wie folgt geändert:

Buchstabe b) wird insgesamt aufgehoben.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 29
Artikel 1 Nr. 97
§ 130a (Generikarabatt)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die Neuregelung zum Generikaabschlag ist bisher im GKV-WSG nicht vorgesehen. Ferner sollten Apotheken zum Abschluss eigener Rabattvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen ermächtigt werden, wenn die Krankenkassen keine Verträge abgeschlossen haben.

B. Beabsichtigte Änderung

Anbieter von Generika haben eine Gesetzeslücke des AVWG genutzt. Sie haben nach kurzzeitiger Anhebung ihre Preise so gesenkt, dass die Absenkung ab Januar 2007 voll auf den Herstellerabschlag von 10 % nach § 130a Abs. 3b SGB V angerechnet wird und sich damit vom Abschlag insgesamt befreit. Mit dem Änderungsantrag soll diese Lücke geschlossen werden. Hersteller, die die Regelungslücke genutzt haben oder bis zum Inkrafttreten der Neuregelung noch nutzen wollen, erhalten die Möglichkeit, sich über die erneute Preissenkung und einem 12-monatigen Sonderabschlag von 2 % zu rehabilitieren.

Die Ermächtigung der Apotheken zum Abschluss eigener Rabattverträge wird fallengelassen.

C. Stellungnahme

Mit dem Änderungsantrag werden Forderungen der Krankenkassen aufgegriffen. Die Regelungslücke wird ab dem Inkrafttreten des Gesetzes geschlossen. Für den Zeitraum 1. Dezember 2006 bis zum Inkrafttreten des Gesetzes wird Herstellern, die die so genannte Preisschaukel genutzt haben bzw. noch kurzfristig nutzen werden, eine Rehabilitationsmöglichkeit eingeräumt. Allerdings führt der Änderungsantrag dazu, dass diese Hersteller weiterhin für die Dauer von zwei Jahren vom 10 %-igen Generikaabschlag freigestellt werden und insoweit die Regelungen des AVWG teilweise unterlaufen können. Damit verbleibt ein Ausgabenrisiko von rund 1 Mrd. Euro.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 29 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zu Artikel 1 Nr. 97 wird wie folgt geändert:

Buchstabe e) Abs. 3b wird wie folgt geändert:

aa) – unverändert

bb) – folgende Sätze werden angefügt:

„Satz 2 gilt nicht für ein Arzneimittel, dessen Abgabepreis nach Satz 1 im Zeitraum von 36 Monaten vor der Preissenkung erhöht worden ist; Preiserhöhungen vor dem 1. Dezember 2006 sind nicht zu berücksichtigen. Für ein Arzneimittel, dessen Preis zwischen dem 1. Dezember 2006 und dem (Datum des Inkrafttretens) erhöht und anschließend gesenkt worden ist, findet bei einer erneuten Preissenkung ohne vorangegangene Preisanhebung Satz 2 Anwendung, wenn für dieses Arzneimittel für die Dauer von 12 Monaten ein weiterer Abschlag von zwei v.H. des Herstellerabgabepreises ohne Mehrwertsteuer gewährt wird.“

Buchstabe b) – unverändert (Neufassung zu Buchstabe i))

Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU und SPD
Drucksache 0161, Nr. 34
Artikel 1 Nr. 130

§ 171a SGB V (Kassenartenübergreifende Fusionen)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die Vorschrift im GKV-WSG ermöglicht kassenartenübergreifende freiwillige Vereinigungen von Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen und See-Krankenkasse. 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 vor-maligen Verbänden ergeben.

B. Beabsichtigte Änderung

- a) Das Ablehnungsrecht des Verbandes der kleineren Krankenkasse wird präzisiert bzw. eingeschränkt. Die Feststellung einer Gefährdung der finanziellen Grundlagen des Verbandes durch die Mitgliedschaft der vereinigten Krankenkasse hat einvernehmlich mit der Aufsichtsbehörde zu erfolgen.
- b) Die Nachhaftungsfrist wird von drei auf fünf Jahre verlängert.

C. Stellungnahme

- zu a) Die Regelung verkennt nach wie vor, dass auch das Ausscheiden einer Krankenkasse aus einem Verband erhebliche finanzielle Risiken (Wegfall eines Haftungsmitglied) mit sich bringen kann. Daher sollte - im Falle der Zulassung kassenartenübergreifender Vereinigungen - dem abgebenden Verband zumindest ein Zustimmungsrecht gewährt werden.
- zu b) Auch bei Verlängerung der Nachhaftungsfrist von drei auf fünf Jahre bleiben unverändert erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich des Umfangs dieser Nachhaftung im Verhältnis zu den Haftungsregelungen der §§ 155, 164 SGB V bestehen. Da die Kassenarten als Haftungsverbände nach § 155 Abs. 5 SGB V n. F. aufgrund zwischenzeitlicher Erweiterungen vielfach unbefristet haften, kollidieren diese Regeln mit einer befristeten Nachhaftung vereinigter Krankenkassen. Die zum Schutz der Ansprüche der Leistungserbringer, der Versicherten und Arbeitnehmer geschaffenen Ausnahmetatbestände könnten so durch kassenartenübergreifende Vereinigungen unterlaufen werden. Neben der Haftungsproblematik ist auch die Frage des Verhältnisses der staatlichen

Aufsicht zu den Kartellbehörden im Hinblick auf eine mögliche Fusionskontrolle nochvöllig ungelöst.

Die Zulassung kassenartenübergreifender Fusionen sollte erst erfolgen, wenn diese rechtlichen Probleme sachgerecht gelöst sind.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 34 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zu Artikel 1 Nr. 130 (§ 171a SGB V) wird gestrichen.

**Änderungsantrag der Fraktion von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 35
Artikel 1 Nr. 133
§ 173 SGB V (Allgemeine Wahlrechte)**

A. Neuregelung durch GKV-WSG

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. Knappschaft und See-Krankenkasse werden zum 1.4.2007 geöffnet.

B. Beabsichtigte Änderung

Die Öffnung der See-Krankenkasse wird vom 1.4.2007 auf den 1.1.2009 verschoben.

Die Erstreckungsbereiche der geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen orientieren sich künftig nicht mehr an den Regionen der jeweiligen AOK, sondern an den Bundesländern, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe der Trägerunternehmen bzw. der Trägerinnungen bestehen.

C. Stellungnahme

Die Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse wird begrüßt. Es wird jedoch auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag Nr. 38 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD (Drs. 0161) verwiesen.

Die vom Änderungsantrag nicht erfasste Öffnung der Knappschaft zum 1.4.2007 wird weiterhin abgelehnt, da die Knappschaft weiterhin über wesentliche wettbewerbsrelevante Sonderrechte, etwa hinsichtlich des Betriebs ihrer Eigeneinrichtungen, verfügen wird. Die im GKV-WSG vorgesehene Einfügung einer Nummer 4a in § 173 Abs. 2 Satz 1 SGB V sollte demnach gänzlich entfallen.

Gegen die Änderung hinsichtlich der Abgrenzung der Kassenbezirke der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen bestehen keine Bedenken.

D. Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag Nr. 35 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD wird zu Artikel 1 Nr. 133 Buchstabe a wird Doppelbuchstabe aa) wie folgt gefasst:

"Absatz 2 wird wie folgt geändert:

In der Nummer 4 werden nach dem Wort "vorsieht" die Wörter "und die entsprechende Satzungsregelung bis zum 1. Januar 2009 genehmigt worden ist" eingefügt."

**Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 38 (mit Bezug auch auf Nr. 35)
Artikel 1 Nr. 133 und Artikel 1 Nr. 136a und Artikel 2 Nr. 27a
§§ 173, 176 (Öffnung und Zuständigkeit der See-Krankenkasse)**

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Der Gesetzentwurf sieht eine Öffnung der See-Krankenkasse zum 1. April 2007 vor (§ 173). Gleichzeitig werden die Besonderheiten für die Seeleute in den §§ 6, 165, 176 gestrichen bzw. geändert.

B. Beabsichtigte Änderung

Die Öffnung der See-Krankenkasse soll auf den 01. Januar 2009 verschoben werden.

C. Stellungnahme

Den Änderungsanträgen wird zugestimmt; die Anträge sind redaktionell zu vervollständigen.

1. Verschiebung des Wegfalls der Pflichtmitgliedschaft der Seeleute in der See-Krankenkasse

Die Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse auf 2009 ist nur sinnvoll, wenn zugleich auch der Wegfall der Pflichtmitgliedschaft aller Seeleute auf 2009 verschoben wird. Andernfalls könnten die versicherungsfreien Seeleute die See-Krankenkasse bereits zum 1. April 2007 verlassen, während neue Mitglieder außerhalb der Seefahrt erst ab dem 1. Januar 2009 von der See-Krankenkasse aufgenommen werden könnten. Die See-Krankenkasse würde demnach einseitig Mitglieder verlieren, ohne die Chance zu haben, sich dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander zu stellen und neue Mitglieder zu werben. Neben der Verzerrung des Wettbewerbes wäre die Existenzfähigkeit der See-Krankenkasse gefährdet.

Bei der bisher nicht vorgenommenen Änderung des Artikel 2 Ziffer 01 (Wegfall der Pflichtmitgliedschaft aller Seeleute bereits zum 1. April 2007) handelt es sich um einen redaktionellen Fehler. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 136 und Art. 46 Abs. 7 des GKV-WSG die Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse auf den 1. Januar 2009 zutreffend mit der Notwendigkeit des zeitlichen Vorlaufes für die Änderung des speziellen Melde- und Beitragsverfahrens für die Seeleute begründet (BR-Drs. 755/06 (B), Seite 72). Der zurecht als notwendig erachtete zeitliche Vorlauf wäre aber nicht mehr gegeben, wenn ein Teil der Seeleute bereits zum 1. April 2007 versicherungsfrei würde und die See-Krankenkasse verlassen könnte. Die richtigen Gründe für die Verschiebung der Öffnung auf 2009, die auch den Änderungsanträgen der CDU/CSU- und der SPD-Fraktion zu Art. 1 Nr. 133 (§ 173) und Art. 1 Nr. 136a -

neu – (§ 176) zugrunde liegen, würden ohne Ergänzung dieser Änderungsanträge auf den Kopf gestellt.

Auch gesetzessystematisch würde eine Änderung der §§ 173 und 176 ohne Änderung auch des § 6 Abs. 1 Nr. 1 2. Halbsatz keinen Sinn machen. Die Rechtslage für die betroffenen Seeleute und für die See-Krankenkasse wäre unklar. Es ist daher unerlässlich, dass die Änderungsanträge, welche die Öffnung der See-Krankenkasse betreffen, mit allen anderen zu ändernden Vorschriften, die die See-Krankenkasse betreffen, abgestimmt werden und als Gesamtpaket erst zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

2. Beibehaltung der vertraglichen Zusammenarbeit der See-Krankenkasse mit Ortskrankenkassen

Aufgrund der Besonderheiten der Krankenversicherung der Seeleute 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 (§ 165 Abs. 3 aF).

Im Interesse des bisher bewährten Verfahrens und zur Rechtssicherheit bestehender Verträge muss die Regelung zumindest für die Zeit bis zur Öffnung der See-Krankenkasse (1. Januar 2009) 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 nicht ohnehin 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.

D. Änderungsvorschlag

Die Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und SPD werden ergänzt:

Zu Artikel 1 Nr. 126 (§ 165 SGB V)

Artikel 1 Nr. 126 ist wie folgt zu fassen:

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„Die Versicherten der See-Krankenkasse erhalten die ihnen zustehende Leistungen im Auftrage und für Rechnung dieser Krankenkasse von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, soweit sie nicht durch die See-Krankenkasse selbst gewährt werden. Die Satzung kann bestimmen, dass andere Krankenkassen mit der Leistungsgewährung beauftragt werden. Hat die See-Krankenkasse eigene Verträge geschlossen, sind diese maßgebend; im Übrigen gelten die Verträge der beauftragten Krankenkasse. Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Krankenkasse neben den Leistungsaufwendungen 5 vom Hundert dieses Betrages als Verwaltungskosten zu erstatten. § 91 Abs. 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

Zu Artikel 46 Abs. 7 (Inkrafttreten)

Artikel 46 Abs. 7 ist wie folgt zu fassen:

In Artikel 46 Abs. 7 ist nach der Angabe „Nr. 182“ die Angabe „Artikel 2 Ziffer 01“ einzufügen.

**Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 45
Artikel 1 Nr. 149
§ 217g SGB V (Einsetzung eines Errichtungsbeauftragten)**

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Bislang keine Regelung im GKV-WSG.

B. Beabsichtigte Änderung

Bis zum 30.04.2007 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Errichtungsbeauftragten für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestellen. Geschieht dies nicht, so bestellt das BMG diesen.

Ist bis zum 01.07.2007 der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht gewählt, übernimmt der Errichtungsbeauftragte diese Funktion bis zur Wahl des Vorstands.

Bis der Spitzenverband Bund seinen eigenen Haushalt aufgestellt hat, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die Kosten der Errichtung und die Vergütung des Errichtungsbeauftragten als Gesamtschuldner im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zu übernehmen.

C. Stellungnahme

Das vorgegebene Zeitfenster bis 30.06.2007 für die Durchführung eines ordnungsgemäßen Errichtungsverfahrens (inklusive eines geordneten Auswahlverfahrens mit Ausschreibung und Kandidatenvorstellung im Verwaltungsrat) bis hin zur Wahl des Vorstands ist deutlich zu kurz bemessen. So wäre bereits jetzt vorgezeichnet, dass der von den Spitzenverbänden bestellte Errichtungsbeauftragte ab 1.7. vorübergehend in die Rechte und Pflichten des Vorstands einzutreten hat. Dies wäre nicht sachgerecht, da die Verantwortlichkeit der Spitzenverbände für das Errichtungsverfahren mit der Bestellung des Beauftragten endet.

Die Frist für die Konstituierung der Gremien sollte daher um 3 Monate verlängert werden.

Die Kosten des Errichtungsverfahrens sollten bis zur Aufstellung eines eigenen Haushaltsplans nicht von den Bundesverbänden, der Knappschaft, der See-Krankenkasse und den Verbänden der Ersatzkassen als Gesamtschuldner, sondern jeweils anteilig im Verhältnis zu den Versicherungszahlen ihrer Kassenarten nach der KM6 (, die auch den Maßstab für die Stimmgewichte im Verwaltungsrat bilden sollen,) des Vorjahres getragen werden.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag Nr. 45 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217g SGB V) sollte wie folgt geändert werden:

In Abs. 1 Satz 4 ist die Angabe "1. Juli 2007" zu streichen und durch die Angabe "1. Oktober 2007" zu ersetzen.

In Abs. 2 Satz 2 sind die Wörter "als Gesamtschuldner im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen in der jeweiligen Kassenart aufgebracht" zu ersetzen durch "anteilig im Verhältnis ihrer jeweiligen Versicherten-zahlen nach der KM6 des Vorjahres aufgebracht."

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD
Drs. 0161, Nr. 48
Zu Artikel 1 Nr. 161
§ 242 SGB V (Zusatzbeitrag)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages, wenn die aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Finanzmittel für die Krankenkasse nicht ausreichend sind.

B. Beabsichtigte Änderung

Der Zusatzbeitrag bzw. die Erhöhung des Zusatzbeitrages soll nicht von den Mitgliedern erhoben werden, die rechtswirksam das daraus resultierende Sonderkündigungsrecht ausüben.

C. Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband hatte wiederholt auf die erheblichen wettbewerblichen Verwerfungen und Existenzgefährdungen von Krankenkassen hingewiesen, die durch die 1 v.H.-Härteregelung beim Zusatzbeitrag entstehen. Durch den Änderungsantrag wird die Problematik der Beitragsausfälle für Krankenkassen mit einkommensschwächeren Mitgliedern und die hieraus resultierenden Fehlanreize (Selektion von Höherverdienenden) dramatisch verschärft. Die gleichzeitige Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht gezielt hinzuweisen (§ 174 Abs. 4 SGB V neu), lässt erwarten, dass die betroffenen Mitglieder von dem Sonderkündigungsrecht in erheblicher Zahl Gebrauch machen. Die durch die 1 v.H.-Regelung bereits zu kalkulierenden Beitragsausfälle erhöhen sich somit um diese weiteren Beitragsausfälle der Mitglieder, die vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen.

Die Studien des AOK-Bundesverbandes hatten bereits ergeben, dass bereits bei einem Zusatzbeitrag in Höhe von monatlich 10 Euro ca. 60 v.H. aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen wären. Erhöht sich der Zusatzbeitrag auf 15 Euro monatlich, wären 96 v.H. und bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro 100 v.H. aller AOK-Mitglieder betroffen.

D. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V) ist abzulehnen.

Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

Drs. 0161, Nr. 85

Artikel 30 Nr. 5

§ 78 Abs. 3 AMG (Beibehaltung einheitlicher Apothekenabgabepreise)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Mit dem GKV-WSG war beabsichtigt, nach den nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (GMG) auch die verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Preisbindung zu entlassen. Mit einer Höchstpreisregelung sollte der Wettbewerb unter den Apotheken hergestellt und der Vertragswettbewerb der Krankenkassen unterstützt werden.

B. Beabsichtigte Änderung

Der einheitliche Apothekenabgabepreis soll nun beibehalten werden. Eine Abweichung vom Herstellerlistenpreis wird jedoch eröffnet.

C. Stellungnahme

Die angestrebte Liberalisierung der Apothekenpreise wird nicht vollzogen. Die Änderungsanträge zu Artikel 1 Nr. 96 Buchstabe a) und zu Artikel 32 stehen mit diesem Antrag im logischen Zusammenhang. Die von der Politik erwarteten Einsparungen aus der Höchstpreisregelung waren mit jährlich 1 Mrd. Euro ohnehin überbewertet und verlieren nun ihre Grundlage. Die Öffnung für Preisnachlässe unterstützten Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V. Der vorliegende Änderungsantrag ist logische Folgeänderung und daher zutreffend.

D. Änderungsvorschlag

- keine -

Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD

Drs. 0161, Nr. 86

Artikel Nr. 32 (Beibehaltung des einheitlichen Apothekenabgabepreises)

A. Neuregelung durch GKV-WSG

Die arznei- und apothekenrechtlichen Vorschriften sollen mit dem GKV-WSG um Rechtsgrundlagen zur Abgabe von Teilmengen, zur Verblisterung sowie zur Wiederverwendung von nicht verbrauchten Arzneimitteln erweitert werden.

B. Beabsichtigte Änderung

Der Änderungsantrag berücksichtigt die Abkehr von der Höchstpreisregelung sowie den auf 2,30 Euro angepassten Apothekenabschlag bei der Gebühr für die Wiedergabe von Arzneimitteln.

C. Stellungnahme

Der Änderungsantrag bedient lediglich rechtstechnischen Anpassungsbedarf zur Beibehaltung des einheitlichen Apothekenabgabepreises (Buchstabe a)). Die grundsätzlichen Rechtsprobleme und Fragen zur Arzneimittelsicherheit für die Wiederverwendung von Arzneimitteln und die Auseinzelung/Verblisterung werden nicht angegangen (Buchstaben b/ bis g)).

D. Änderungsvorschlag

zu Buchstabe a): - keine -

zu Buchstaben b) bis g): Der Änderungsantrag ist abzulehnen.