

GKV-Spitzenverband • Mittelstraße 51 • 10117 Berlin

Per E-Mail

Mitglieder des Gesundheitsausschusses

2. Oktober 2008

**Ergänzende Bewertungen zu den Änderungsanträgen zum Entwurf des GKV-OrgWG
Ausschussdrucksache 16(14)0413 vom 19.09.2008**

Michael Weller

Leiter Stabsbereich Politik

Tel.: 030 206288-4100
Fax: 030 206288-84100

Michael.Weller@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Nachgang zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) erhalten Sie Bewertungen zu den dort vorgelegten Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 16(14)0413 vom 19.09.2008).

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de



**Schriftliche Bewertung
des GKV-Spitzenverbandes
zu den Änderungsanträgen
zum GKV-OrgWG
im Nachgang
zur Anhörung im Gesundheitsausschuss
des Deutschen Bundestages**

Ausschussdrucksache 16(14)0413 – vom 19.09.2008

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|--|----|
| 1. ÄNDERUNGSANTRAG 1, § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V (VERSICHERUNGSFREIHEIT, HIER: AUSSCHLUSS DER VERSICHERUNGSPFLICHT VON BEAMTEN OHNE ERGÄNZENDE KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG) . | 4 |
| 2. ÄNDERUNGSANTRÄGE 2, 3, 5 UND 10 – §§ 27, 31, 33A, 92 Abs. 3a SGB V (NEUREGELUNG ZUR ENTERALEN ERNÄHRUNG)..... | 5 |
| 2.1 ÄNDERUNGSANTRAG 2, § 27 Abs. 1 SGB V (ANSPRUCH DES VERSICHERTEN AUF KRANKENBEHANDLUNG) | 6 |
| 2.2 ÄNDERUNGSANTRAG 3, § 31 Abs. 1 SGB V (ARZNEI- UND VERBANDMITTEL) | 7 |
| 2.3 ÄNDERUNGSANTRAG 5, § 33A SGB V (NEU) (ENTERALE ERNÄHRUNG) | 7 |
| 2.4 ÄNDERUNGSANTRAG 10, § 92 Abs. 3a SGB V (ERWEITERTE ANHÖRUNGSRECHTE BEI RICHTLINIENENTSCHEIDUNGEN ZUR VERORDNUNG VON ARZNEIMITTELN)..... | 8 |
| 3. ÄNDERUNGSANTRÄGE 7 UND 17, §§ 43 UND 132c SGB V (BUNTER KREIS, SOZIALMEDIZINISCHE NACHSORGEMABNAHMEN FÜR KINDER) | 10 |
| 3.1 ÄNDERUNGSANTRAG 7, § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB V | 10 |
| 3.2 ÄNDERUNGSANTRAG 17, § 132c Abs. 2 SGB V..... | 11 |
| 4. ÄNDERUNGSANTRÄGE 8, 31 UND 32, § 69 SGB V, § 29 SGG UND § 116 GWB (VERGABERECHT) | 12 |
| 5. ÄNDERUNGSANTRAG 9, § 73b SGB V (HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG) | 18 |
| 6. ÄNDERUNGSANTRAG 11, § 95 SGB V (AUFHEBUNG DER ALTERSGRENZE FÜR VERTRAGSÄRZTE UND – ZAHNÄRZTE) | 20 |
| 7. ÄNDERUNGSANTRÄGE 13 – 15, §§ 126 – 128 SGB V (HILFSMITTELVERSORGUNG) | 21 |
| 8. ÄNDERUNGSANTRAG 18, § 137g Abs. 1 SGB V (FINANZIERUNG DER VORHALTEKOSTEN DES BVA BEI ZULASSUNG VON DMP) | 27 |
| 9. ÄNDERUNGSANTRAG 21, § 220 Abs. 3 (NEU) SGB V (GRUNDSATZ – AUFBRINGUNG DER MITTEL).. | 28 |
| 10. ÄNDERUNGSANTRAG 22, § 252 SGB V (BEITRAGSAHNLUNG) | 29 |
| 11. ÄNDERUNGSANTRAG 25, § 271a (NEU) SGB V (SICHERSTELLUNG DER EINKOMMEN DES GESUNDHEITSFONDS) | 31 |
| 12. ÄNDERUNGSANTRAG 26, § 272 SGB V (ÜBERGANGSREGELUNGEN ZUR EINFÜHRUNG DES GESUNDHEITSFONDS) | 33 |
| 13. ÄNDERUNGSANTRAG 30, § 317 (NEU) SGB V (UMSETZUNG DES EUGH-URTEILS ZU PSYCHOTHERAPEUTEN AUS ANDEREN EU-STAAATEN) | 34 |
| 14. ÄNDERUNGSANTRAG 36, § 271 SGB V (GESUNDHEITSFONDS – HIER: FINANZIERUNG KONVERGENZREGEL AUS DER LIQUIDITÄTSRESERVE UND REGELUNG ZUR HÖHE UND AUFBAU DER RESERVE) UND § 221 SGB V (BETEILIGUNG DES BUNDES AN AUFWENDUNGEN – HIER: ANTEIL DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN AM BUNDESZUSCHUSS) | 35 |
| 15. ÄNDERUNGSANTRAG 37, ART. 8 GKV-SOLG (WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN)..... | 37 |
| 16. ÄNDERUNGSANTRAG 38, § 42 DEÜV | 39 |
| 17. ÄNDERUNGSANTRAG 41, § 31 Abs. 4 RSAV (FESTLEGUNGEN ZUM KLASSIFIKATIONSMODELL) | 40 |

| | |
|---|----|
| 18. ÄNDERUNGSANTRAG 43, § 33A BIS C RSAV (ÜBERGANGSREGELUNGEN ZUR EINFÜHRUNG DES GESUNDHEITSFONDS – ERMITTLUNG DER FORTGESCHRIEBENEN EINKÜNFEN – ERMITTLUNG DER ZUWEISUNGEN – DURCHFÜHRUNG DER ÜBERGANGSREGELUNGEN) | 41 |
| 19. ÄNDERUNGSANTRAG 45, § 39 RSAV (MONATLICHES VERFAHREN – HIER: ANPASSUNG AN VERÄNDERUNGEN DER VERSICHERTENZAHL UND VERSICHERTENSTRUKTUR; FÄLLIGKEIT DER ZAHLUNGEN AN DIE KRANKENKASSEN) | 42 |
| 20. WEITERER REGULUNGSBEDARF ZU EINFÜHRUNG DES GESUNDHEITSFONDS | 44 |
| 20.1 BEDARF AN REGULUNGEN ZUR BEREINIGUNG DER ZUWEISUNGEN | 44 |
| 20.2 BEDARF AN REGULUNGEN ZUR BEREINIGUNG DER ZUWEISUNGEN | 44 |
| 20.3 BEDARF AN REGULUNGEN ZUR KÜRZUNG DER ZUWEISUNGEN FÜR DEN FALL DER UNTERDECKUNG DES GESUNDHEITSFONDS | 44 |

1. *Änderungsantrag 1, § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V (Versicherungsfreiheit, hier: Ausschluss der Versicherungspflicht von Beamten ohne ergänzende Krankheitskostenvollversicherung)*

Beabsichtigte Neuregelung:

Diese Änderung bewirkt, dass die Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung für Beamte und vergleichbare Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall auch auf die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausstrahlt. Sie führt für die genannte Gruppe von versicherungsfreien Personen, die über keine die Beihilfe ergänzende Restkostenversicherung verfügen, dazu, dass – im Unterschied zur bisherigen Rechtslage – die Versicherungspflicht als Person ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die „zuletzt“ gesetzlich krankenversichert war, nicht eintritt bzw. in bestehenden Fällen zu beenden ist.

Als ergänzender Hinweis sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Falle der Beendigung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V grundsätzlich die Möglichkeit der freiwilligen (Weiter-)Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Mit anderen Worten können Beamte, die gesetzlich krankenversichert sein wollen, dies auch weiterhin sein.

Bewertung:

Die vorgesehene Regelung ist systemkonform.

*2. Änderungsanträge 2, 3, 5 und 10 – §§ 27, 31, 33a, 92 Abs. 3a SGB V
(Neuregelung zur enteralen Ernährung)*

Ausgangslage:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte 2005 eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) beschlossen, mit der die medizinisch notwendigen Fälle als Anspruchsgrundlage für die Versorgung mit enteraler Ernährung konkretisiert wurden. Diese Änderung ist vom Bundesgesundheitsministerium auf Druck interessierter Kreise beanstandet worden. Gegen die vom BMG ausgesprochene Beanstandung und die im Wege der Ersatzvornahme erlassene Ergänzung der AM-RL zur enteralen Ernährung von August 2005 hat der G-BA Klage eingereicht. Im März 2007 gab das Sozialgericht Köln dieser Klage in erster Instanz statt.

Die Regelung des BMG erweiterte den Kreis der zu Lasten der GKV-verordnungsfähigen Lebensmittel über die im derzeit gültigen § 31 Abs. 1 SGB V genannten Produktgruppen (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) auch auf solche Lebensmittel, die im Gesetz nicht ausdrücklich genannt sind (so genannte Öffnungsklausel).

Das Bundessozialgericht hat im Zusammenhang eines Rechtsstreites zur Verordnungsfähigkeit von Lorenzos Öl die Beanstandung des Richtlinienbeschlusses des G-BA zur enteralen Ernährung durch das BMG mit Urteil vom 28.02.2008 (Az.: B1 KR 16/07 R) für rechtswidrig erklärt und damit die vorgenannte Entscheidung des SG Köln bestätigt.

Bewertung:

Das BSG entschied, dass Lorenzos Öl nicht zu den gesetzlich geregelten ausnahmsweise verordnungsfähigen Produkten gehöre. Seine Verordnungsfähigkeit könne auch nicht auf die vom BMG im Wege der Ersatzvornahme erlassene Öffnungsklausel gestützt werden. Die Öffnungsklausel sei insoweit nichtig, als sie den Kreis der zu Lasten der GKV-verordnungsfähigen Lebensmittel über die engen abschließenden gesetzlichen Vorgaben des SGB V hinaus erweitere.

Aufgrund dieser Rechtsauslegung sah sich das BMG nun zum Handeln veranlasst. Nach den derzeit geltenden Regelungen nach § 31 Abs. 1 SGB V ist dem G-BA der Auftrag zugewiesen, die medizinisch notwendigen Fälle zur enteralen Ernährung zu

bestimmen. Mit den Änderungsanträgen erweitert das BMG den Kreis der Anspruchsberechtigten noch über die Ersatzvornahme hinaus und benennt in der Begründung auch – aber nicht abschließend – die entsprechenden Krankheiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird hilfsweise verpflichtet, lediglich die Produkte in Form einer Liste auf Antrag der Hersteller zusammen zu stellen sowie die Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation zu konkretisieren. Die vorgesehene Neuregelung greift tief in die medizinisch-fachliche Regelungskompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung ein.

Fazit:

Es gibt keinen sachlichen Grund, die Regelung zur Enteralen Ernährung aus § 31 Abs. 1 SGB V herauszulösen. Nach wie vor ist der G-BA die „richtige“ Instanz, die medizinisch notwendigen Fälle zu konkretisieren. Eine politisch gewollte Erweiterung der Produktgruppen ließe sich auch durch Umformulierung von § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB V regeln. Die ebenfalls in den Änderungsanträgen vorgesehene Ausweitung der Anhörungsrechte ist nicht zwingend geboten, Transparenz wird einseitig nur zugunsten der Stellungnahmeberechtigten erhöht.

Die einzelnen Änderungsanträge bewertet der GKV-Spitzenverband wie folgt:

2.1 Änderungsantrag 2, § 27 Abs. 1 SGB V (Anspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Aufzählung in § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird im Änderungsantrag ergänzt um eine Nr. 7 „Versorgung mit enteraler Ernährung“.

Bewertung:

Nach wie vor ist „Essen und Trinken“ keine Aufgabe der GKV. Der Anspruch des Versicherten auf die Versorgung mit enteraler Ernährung muss deshalb als Ausnahmetatbestand formuliert bleiben:

„ 7. Versorgung mit enteraler Ernährung in medizinisch notwendigen Ausnahmefällen“.

2.2 *Änderungsantrag 3, § 31 Abs. 1 SGB V (Arznei- und Verbandmittel)*

Beabsichtigte Neuregelung:

In § 31 Abs. 1 SGB B wird die Bestimmung der medizinisch notwendigen Fälle zur enteralen Ernährung und die Nennung der Produktgruppen gestrichen. Die verbleibende Regelung zu Medizinprodukten wird erweitert um die Möglichkeit, auch für Medizinprodukte Verträge nach den §§ 126 und 127 SGB V schließen zu können. Zudem wird eine Zuzahlungspflicht für Medizinprodukte eingeführt.

Bewertung:

Da die in § 31 Abs. 1 SGB V zu regelnde Medizinprodukte sowohl apothekenpflichtig als auch nicht apothekenpflichtig sind, ist zwingend eine Ergänzung hinsichtlich § 129 SGB V – Rahmenvertrag mit Apotheken – vorzunehmen. Die Konkretisierung der Zuzahlungspflicht, auch für Medizinprodukte für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr, ist sachgerecht.

2.3 *Änderungsantrag 5, § 33a SGB V (neu) (Enterale Ernährung)*

Beabsichtigte Neuregelung:

Der Versorgungsanspruch der Versicherten auf enterale Ernährung wird nun in § 33a (neu) SGB V geregelt. Die entsprechenden Krankheiten werden in allgemeiner Form (angeborene seltene Stoffwechseldefekte oder andere diätpflichtige Erkrankungen, die ohne diätetische Intervention zu schwerer geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung führen) umschrieben. Eine Konkretisierung erfolgt in der Begründung. Der Anspruch wird erweitert auf fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung.

Bewertung:

Dem G-BA wird quasi untersagt, medizinische Fallkonstellationen zu konkretisieren oder zu bewerten. Der G-BA wird zur Erstellung einer Produktliste verpflichtet. Hersteller können Anträge auf Aufnahme in die Liste stellen, die der G-BA innerhalb von 90 Tagen (Verwaltungsverfahren nach SGB X, EU-Transparenz-Richtlinie) zu bescheiden hat. Die Liste soll zudem so erstellt werden, dass Ärzte und Patienten Rechtsklarheit über die verordnungsfähigen Produkte erhalten, aber gleichzeitig für

die verordnenden Ärzte der notwendige Spielraum für Therapieentscheidungen im Einzelfall verbleibt.

Die Regelung bedeutet einen erheblichen Eingriff in die medizinisch-fachliche Regelungskompetenz der Selbstverwaltung. Die „versorgungsbedürftigen“ Krankheiten werden durch sehr offene Formulierungen ausgeweitet. So ist z. B. das Lesh-Nyhan-Syndrom ein seltener Stoffwechseldefekt, der mit der Symptomatik einer Gicht einhergeht, mithin zu körperlicher Beeinträchtigung führen kann. Nach der Gesetzesformulierung wäre hier die Verordnung enteraler Ernährung möglich; die Behandlung liegt allerdings in der Verordnung von Medikamenten wie in der Gichttherapie. Das Krankheitsbild Phenylketonurie ist kein seltener, sondern ein vergleichsweise häufiger Stoffwechseldefekt. Die Erkrankung führt ohne diätetische Intervention zu schwerer geistiger Beeinträchtigung. In der Begründung wird ausgeführt, dass ein Leistungsanspruch bei Phenylketonurie bestehen soll, gleichwohl werden phenylalaninfreie Fertigprodukte (z.B. spezielle Mehle), die bei dem Krankheitsbild eingesetzt werden, von der Verordnung ausgeschlossen. Allein die beiden Beispiele zeigen, dass die Gesetzesformulierung weder sachgerecht noch schlüssig ist. Der G-BA wird daran scheitern, die AM-RL in der vom BMG immer wieder geforderten Normenklarheit zu fassen.

Es ist zwingend geboten, die Worte „angeborene seltene Stoffwechseldefekte“ durch „angeborene Enzymmangelkrankheiten“ zu ersetzen, sowie den G-BA zu beauftragen, den klinisch relevanten Nutzen einer Ernährungstherapie bei den verschiedenen Krankheitsbildern zu bewerten.

Auch für die Versorgung mit enteraler Ernährung sollen Verträge entsprechend der §§ 126 und 127 SGB V geschlossen werden. Ausweislich der Begründung soll keine Änderung gegenüber der bisherigen Vorgehensweise (auch in Apotheken) vorgenommen werden. Demzufolge ist auch hier ein Verweis auf § 129 SGB V notwendig.

2.4 Änderungsantrag 10, § 92 Abs. 3a SGB V (erweiterte Anhörungsrechte bei Richtlinienentscheidungen zur Verordnung von Arzneimitteln)

Beabsichtigte Neuregelung:

Durch die Neufassung von § 92 Abs. 3a SGB V werden die Anhörungsrechte im Rahmen der Festbetragsregelung (§ 35 Abs. 2 SGB V) auch auf die übrigen Regelungsinhalte der Arzneimittel-Richtlinie ausgedehnt. Neben den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der

Pharmazeutischen Unternehmer, ist nun zudem den jeweils betroffenen Pharmazeutischen Unternehmern selbst sowie den Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Außerdem hat der G-BA Gutachten oder Empfehlungen von Sachverständigen, die der Entscheidung zu Grund liegen, bereits bei Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu benennen und zu veröffentlichen.

Bewertung:

Die Ausweitung der Anhörungsrechte bedeutet Mehraufwand und zeitliche Verzögerungen und nützt insoweit nur der Industrie und Interessenverbänden. Dass der G-BA verpflichtet wird, bereits bei Einleitung von Stellungnahmeverfahren Gutachten und Empfehlungen zu veröffentlichen, die seine Regelungsabsicht stützen, ist Ausdruck tiefen Misstrauens. Im Gegenzug müsste der G-BA berechtigt werden, die in Stellungnahmeverfahren von Sachverständigen eingereichten Gutachten auch zu veröffentlichen. Nur dann wäre die in der Begründung geforderte Transparenz gegeben.

3. Änderungsanträge 7 und 17, §§ 43 und 132c SGB V (Bunter Kreis, sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für Kinder)

3.1 Änderungsantrag 7, § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Ausgangslage:

Nach § 43 Abs. 2 SGB V kann die Krankenkasse sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder erbringen oder fördern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme.

Spitzenverbände der Krankenkassen haben eine Rahmenvereinbarung zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität der Leistungen abgeschlossen.

Rahmenvereinbarung vom 1. Juli 2005 wurde zwischenzeitlich angepasst und liegt nunmehr i. d. F. vom 30. Juni 2008 vor.

Ab dem 1. Juli 2008 bestimmt der GKV-Spitzenverband gemäß § 43 Abs. 2 SGB V das Nähere zu der Ausgestaltung der Nachsorgemaßnahmen.

Bisher wurden mit insgesamt 16 Leistungserbringern in vier Bundesländern Versorgungsverträge über sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen abgeschlossen.

Bewertung:

Die Krankenkassen haben sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen bisher dann genehmigt und erbringen lassen, wenn diese aus medizinischen Gründen erforderlich sind (gutachterliche Stellungnahme des MDK). Mit der Umwandlung der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen in eine Rechtsanspruchsleistung, wie im Änderungsantrag vorgesehen, ist die medizinische Begründbarkeit, die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens der Krankenkassen abgeprüft wird, auch weiterhin zu berücksichtigen.

Aufgrund der Formulierung „erbringt“ und der Streichung des Wortes „fördern“ wird die Vollfinanzierung durch die Krankenkassen nunmehr klar formuliert, die jedoch auch schon bisher von den Krankenkassen praktiziert wurde.

Da die vorgesehene Änderung in der Rahmenvereinbarung i. d. F. vom 30. Juni 2008 bereits berücksichtigt wurde, kann der Bezugnahme auf § 39 Abs. 1 SGB V zugestimmt werden.

Der Bunte Kreis kritisierte gegenüber dem BMG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die gesetzlich festgelegte Altersgrenze bis zum 12. Lebensjahr.

Von einer Inanspruchnahme sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen sind aus medizinischen Gründen nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche betroffen, denen diese Leistungsform ebenfalls zugesprochen werden soll.

Der im vorliegenden Änderungsantrag formulierten Altersbegrenzung „auf das 14. Lebensjahr“ liegen keine medizinisch begründeten Einwände vor. Unter Berücksichtigung einer möglichen Leistungsausweitung infolge der Anhebung der Altersbegrenzung sind mit Blick auf die bestehenden Vergütungssätze (45 €/ Nachsorgeeinheit) keine nennenswerten Kostensteigerungen zu erwarten.

3.2 *Änderungsantrag 17, § 132c Abs. 2 SGB V*

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen wurden nach § 132 c SGB V vor dem GKV-WSG in Empfehlungen vereinbart (vgl. Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c Abs. 2 SGB V vom 1. Juli 2005 i. d. F. vom 30. Juni 2008).

Bewertung:

Mit dem GKV-WSG wurde diese Regelung zum 01.07.2008 jedoch gestrichen. Der nun beabsichtigten Wiederaufnahme der oben genannten Regelung kann zugestimmt werden, da, wie bereits im Änderungsantrag begründet, hiermit eine qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen verdeutlicht wird.

Zukünftig soll der GKV-Spitzenverband die oben genannten Empfehlungen zuständig sein.

*4. Änderungsanträge 8, 31 und 32, § 69 SGB V, § 29 SGG und § 116 GWB
(Vergaberecht)*

Ausgangslage:

Die öffentliche Ausschreibung wurde im SGB V für Hilfsmittelversorgungsverträge mit einzelnen Leistungserbringern bereits durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vorgesehen. Dennoch spielten vergaberechtliche Fragen zu diesem Zeitpunkt kaum eine Rolle. Außerdem bestand keine Verpflichtung zum Abschluss von Selektivverträgen. Die Leistungserbringer waren vielmehr auch zur Hilfsmittelversorgung berechtigt, wenn sie lediglich über eine kassenrechtliche Zulassung verfügten. Dieser Umstand führte dazu, dass den jeweiligen Ausschreibungsgewinnern kein Exklusivversorgungsrecht zugestanden werden konnte, was den Anreiz zur Abgabe von Angeboten deutlich schmälerte und dem Wettbewerb entgegenstand.

Aus diesem Grunde wurde die kassenrechtliche Zulassung in Folge des GKV-WSG aufgehoben und die Versorgungsberechtigung der Leistungserbringer zwingend an den Abschluss von Verträgen nach § 127 Abs. 1 bis 3 SGB V geknüpft. Gemäß der Gesetzessystematik sind die Hilfsmittelversorgungsverträge nach derzeit geltendem nationalen Recht (SGB V) vorrangig im Wege der Ausschreibung zu schließen. Zwar ist dem Gesetzeswortlaut nicht (mehr) unmittelbar zu entnehmen, dass es sich um eine "öffentliche" Ausschreibung – und damit ggf. um ein Verfahren im vergaberechtlichen Sinn – handeln muss, allerdings ergibt sich die Verpflichtung zur Anwendung des Vergaberechts aus den Gesetzesmaterialien zu dem hier einschlägigen § 127 SGB V. Ob eine Ausschreibung überhaupt geboten ist, soll an eine Zweckmäßigkeitprüfung geknüpft werden. Eine Ausschreibung ist nach dem Gesetzeswortlaut i. d. R. unzulässig, wenn die Versorgung mit einem hohen Dienstleistungsanteil verknüpft ist oder es sich um individuell anzufertigende Hilfsmittel handelt. Diese Ausnahmeregelung steht mit dem europäischen Vergaberecht nicht in Einklang.

Für die Anwendung des europäischen Vergaberechts gelten nämlich andere Tatbestandsmerkmale und Ausnahmen, als sie sich aus den Vorschriften des SGB V ergeben. Da das nationale Recht vom europäischen überlagert wird, ist es ungeachtet der Vorschriften des SGB V zu zahlreichen rechtlichen Auseinandersetzungen hinsichtlich der Ausschreibungsverpflichtung von Hilfsmittelversorgungsverträgen gekommen. Die maßgeblichen Europäischen Vergaberichtlinien sind im vierten Teil

des GWB (§§ 97-129 GWB) in nationales Recht umgesetzt worden. Ob europäisches Recht anwendbar ist, richtet sich danach, ob nebeneinander folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Der vierte Teil des GWB muss grundsätzlich auf gesetzliche Krankenkassen anwendbar sein,
- b) Krankenkassen sind öffentliche Auftraggeber im Sinne des § 98 GWB,
- c) die ausgeschriebenen Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln sind als öffentliche Aufträge im Sinne des § 99 GWB anzusehen und
- d) die europarechtlichen Schwellenwerte werden erreicht oder überschritten (§ 100 Abs. 1 GWB).

Bei Aufträgen ab Erreichen des europarechtlichen Schwellenwertes von derzeit 206.000 Euro (für Lieferaufträge wie Hilfsmittelversorgungsverträge) ist insofern vor allem bedeutsam, ob die Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber im Sinne von § 98 Abs. 2 GWB zu qualifizieren sind. Diese Frage ist Gegenstand eines Vorabentscheidungsersuchens des Oberlandesgerichts Düsseldorf an den Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften (EuGH). Diese ungeklärte Rechtsfrage hat im Hilfsmittelbereich zu einer zurückhaltenden Ausschreibungspraxis geführt.

Beabsichtigte Neuregelung:

- § Der bisherige Gesetzestext des § 69 SGB V bleibt unverändert als Absatz 1 bestehen.
- § In dem neuen § 69 Absatz 2 SGB V soll nunmehr festgeschrieben werden, dass die §§ 97 bis 115 GWB anzuwenden sind, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind [siehe Tatbestandsmerkmale a) bis d) unter lit. A].
- § Der Versorgungsauftrag der Krankenkassen ist besonders zu berücksichtigen.
- § Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass beim Abschluss von Einzelverträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung in jedem Einzelfall zu prüfen ist, ob die tatbestandlichen Voraussetzungen der §§ 97 ff. GWB vorliegen insbesondere, ob es sich bei den jeweiligen Vergaben um öffentliche Aufträge i. S. d. § 99 GWB handelt. Im Wesentlichen hänge die Beantwortung der Frage davon ab, ob und inwieweit die Krankenkassen auf die Auswahlentscheidung, welcher Vertragsgegenstand im einzelnen Versorgungsfall abgegeben wird, Einfluss nehmen. Bei kollektivvertraglichen Regelungen fände daher weder das Wettbewerbsrecht noch das Vergaberecht Anwendung.

- § Ausschreibungsverträge im Hilfsmittelbereich nach § 127 Abs. 1 SGB V wären daher als öffentliche Aufträge zu qualifizieren, da hier die Versorgung grundsätzlich durch den jeweiligen Ausschreibungsgewinner erfolgen müsse und der Versicherte somit kein Wahlrecht habe.
- § Würden dem gegenüber Verhandlungsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V angestoben, zu denen ein uneingeschränktes Beitrittsrecht eröffnet werden soll (vgl. Änderungsantrag 13 zu § 127 SGB V), sei für ein Vergabeverfahren kein Raum mehr, da unter mehreren Leistungsanbietern eine Auswahlentscheidung vom Versicherten getroffen werden könne.
- § Die Anwendung der §§ 102 bis 115 GWB führt zur Durchführung der Nachprüfungsverfahren vor den Vergabekammern. Mit den geplanten Änderungen des § 29 SGG und § 116 GWB soll schließlich der Rechtsweg zu den Landessozialgerichten anstelle der üblichen Zuständigkeit der Zivilgerichte eröffnet werden.

Bewertung:

Die Zielsetzung des Änderungsantrags 8 zu § 69 SGB V, nämlich die sozialgesetzlichen Vorschriften mit dem europäischen Vergaberecht zu harmonisieren, ist sehr zu begrüßen. Hierzu gehört auch, Rechtsunsicherheiten zu beseitigen und klarstellende Regelungen zu schaffen, die die Versorgungssituation und die Krankenkassenpraxis sowie die Besonderheiten des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen. Besonders positiv ist zu bewerten, dass spezifische, auf die einzelnen heterogenen Versorgungsbereiche zugeschnittene Lösungen anvisiert werden. Insgesamt sind der Gesetzesbegründung durchaus diverse praxistaugliche Ansätze zu entnehmen, die zur Aufrechterhaltung des hohen Versorgungsniveaus beitragen können. Die Regelungen dienen zudem dazu, das Verwaltungshandeln der Krankenkassen zu rechtfertigen. Ob allerdings im europarechtlichen Kontext eine ausreichende Rechtssicherheit verbrieft werden kann, mag zumindest an einigen Stellen bezweifelt werden.

Insbesondere reicht es keinesfalls aus, sämtliche Merkmale, die ein Abweichen von einer Ausschreibung rechtfertigen, lediglich konkret in der Gesetzesbegründung zu beschreiben. Rechtssystematisch sollten diese Ausnahmetatbestände in den jeweiligen einschlägigen Vorschriften der einzelnen Versorgungssegmente – also im Hilfsmittelbereich direkt im Gesetzeswortlaut des § 127 SGB V – geregelt werden und in § 69 SGB V ein Verweis auf die Geltung der spezielleren Vorschriften erfolgen.

Im Übrigen wird es auch künftig bei europaweiten Vergabeverfahren oder bei dem Abweichen davon zu einer unterschiedlichen Betrachtungsweise aus europäischer wie nationaler Sicht kommen, solange die Bundesregierung nicht bei der Europäischen Kommission darauf hinwirkt, die an vielen Stellen in den Änderungsanträgen ermöglichte Vergaberechtsfreiheit in den einschlägigen EG-Richtlinien klarzustellen.

Wenngleich durch die Änderungsvorschläge insgesamt keine abschließende Rechtssicherheit geschaffen wird, würde ihre Realisierung die derzeitige Rechtssituation im Hilfsmittelbereich verbessern und den Krankenkassen mehr Flexibilität und einen größeren Gestaltungsspielraum einräumen.

GENERELLE INTERPRETATION DES § 69 SGB V

Nach Maßgabe des § 69 SGB V regeln das vierte Kapitel sowie die §§ 63 und 64 SGB V die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abschließend. § 69 SGB V wurde daher häufig so verstanden, dass der vierte Teil des GWB grundsätzlich auf Krankenkassen nicht anwendbar ist. In der Literatur und der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs wird gleichwohl die Auffassung vertreten, dass auch öffentlich-rechtliche Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dem vierten Teil des GWB unterfallen, sofern die weiteren inhaltlichen Kriterien des GWB erfüllt sind.

Diese Rechtsauslegung wird durch die geplante Anfügung des Absatzes 2 (Änderungsantrag 8), der die Anwendung der §§ 97 bis 115 GWB vorsieht, klargestellt und ist daher zu befürworten.

TATBESTANDSMERKMAL ÖFFENTLICHER AUFTRAG

Wie eingangs ausgeführt, sind von den Vergabebestimmungen nur öffentliche Aufträge erfasst. Dies sind entgeltliche Verträge zwischen öffentlichen Auftraggebern und Unternehmen, die z.B. Liefer- oder Dienstleistungen zum Gegenstand haben. Entscheidend ist dabei, dass eine bindende Auswahl zwischen verschiedenen bzgl. der zu vergebenden Leistung miteinander im Wettbewerb stehenden Bewerbern stattfindet.

Die hier betrachteten Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sind allerdings noch nicht unmittelbar auf eine konkrete Leistung gerichtet, sondern legen zunächst lediglich für den noch nicht feststehenden Fall einer zukünftigen konkreten Versorgung von Versicherten die Bedingungen und die zu zahlenden

Preise fest. Ob es zu einer Versorgung kommt, ist dabei noch offen. Der grundlegende Vertrag zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer ist daher als Rahmenvertrag zu qualifizieren, der die Bedingungen für die einzelnen Versorgungen festlegt. Da es allerdings bei den späteren Einzelaufträgen i. d. R. nicht mehr zu einer Ausschreibung kommt, müssen schon nach dem Zweck des Gesetzes die Vergaberegeln auch auf die Vergabe des Rahmenvertrages angewendet werden. Die EG-Kommission hatte bereits 1990 durch Auslegung der Lieferkoordinierungsrichtlinie festgestellt, dass auch Rahmenverträge dem EG-Vergaberecht unterliegen. Sie sind daher nach den allgemeinen Regeln zu behandeln und folglich stets nach den jeweils anwendbaren Vorschriften des Vergaberechts auszuschreiben. Die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aufgrund einer Ausschreibung abgeschlossenen Rahmenverträge sind demnach grundsätzlich als öffentliche Aufträge im Sinne des § 99 GWB anzusehen. Dass vor diesem Hintergrund Kollektivverträge von vornherein dem Vergaberecht entzogen werden können – wie sich aus der Gesetzesbegründung im Änderungsantrag 8 zu § 69 SGB V ergibt –, ist rechtlich kritisch zu betrachten. Zumindest hätte ein Verzicht auf Ausschreibungen an dieser Stelle zur Folge, dass zumindest die späteren Einzelaufträge auszuschreiben wären.

RECHTSWEGZUWEISUNG UND BESCHWERDEVERFAHREN

Gemäß Änderungsantrag 8 zu § 69 SGB V sollen die §§ 97 bis 115 GWB für anwendbar erklärt werden, wenn die vorerwähnten Tatbestandsmerkmale erfüllt sind. § 116 GWB regelt, dass gegen Entscheidungen der Vergabekammer die sofortige Beschwerde zulässig ist. Sie steht den am Verfahren vor der Vergabekammer Beteiligten zu. Aufgrund dieser Formulierung und der Beschränkung der Rechtsanwendung auf die §§ 97 bis 115 GWB ist nicht eindeutig erkennbar, ob ein Beschwerdeverfahren bei Rechtsbeziehungen nach § 69 SGB V nunmehr ausgeschlossen ist oder für Beteiligte vor den Vergabekammern gilt. Insofern müssten eindeutige Formulierungen gewählt werden.

Grundsätzlich war nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes bereits in der Vergangenheit bei Rechtsstreitigkeiten nicht die Zivil-, sondern die Sozialgerichtsbarkeit zuständig. § 116 Abs. 3 GWB soll laut Änderungsantrag 32 dahingehend geändert werden, dass für vergaberechtliche Streitigkeiten bei Rechtsbeziehungen nach § 69 SGB V die Landessozialgerichte zuständig sind, während das Nachprüfungsverfahren vor den Vergabekammern durch Anwendung der §§ 102 bis 115 GWB erhalten bleibt.

Eine gerichtliche Kontrolle kann effektiver sein, wenn sie den sachlichen Zusammenhang der Leistungserbringung und die sich aus der Vergabeentscheidung ergebenden Pflichten mit in den Blick nimmt, also nicht nur die Vergabesituation isoliert betrachtet, was allein von den Landessozialgerichten gewährleistet werden kann. Allerdings ist nicht einzusehen, warum für Verfahren vor den Landessozialgerichten andere Verfahrensgrundsätze gelten sollten als für Verfahren vor den Oberlandesgerichten. Insbesondere hinsichtlich der Fristen müssen gleiche Bedingungen gelten, da es ansonsten zu einer unzumutbaren Verfahrensdauer kommen kann. Denn der Zuschlag darf ggf. erst nach rechtskräftigem Abschluss des erstinstanzlichen Nachprüfungsverfahrens bzw. des zweitinstanzlichen Beschwerdeverfahrens erteilt werden.

Im Änderungsantrag 31 zu § 29 SGG wird in der Begründung ausgeführt, dass eine erst- und letztinstanzliche Zuständigkeit der Landessozialgerichte für die Überprüfung der Einhaltung der Vergabevorschriften geschaffen wird. Dies wirft die Frage auf, wie verfahren werden kann, wenn verschiedene Landessozialgerichte zu vergleichbaren Sachverhalten zu unterschiedlichen Entscheidungen kommen. Hier müsste eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, wonach dann das Bundessozialgericht angerufen werden kann.

5. Änderungsantrag 9, § 73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung:

Der Änderungsvorschlag zur Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), sieht eine Fristsetzung für den Abschluss von Hausarztverträgen für die Krankenkassen bis zum 30.06.2009 und einen Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit Gemeinschaften der Allgemeinärzte vor.

Bewertung:

Dieser Änderungsvorschlag hätte folgende Konsequenzen für die Krankenkassen:

- Die Krankenkassen wären gezwungen, HZV-Verträge nach § 73b SGB V nur mit Gemeinschaften zu schließen, die mehr als 50% der Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten.
- Diese Gemeinschaften hätten einen Rechtsanspruch auf Vertragsabschluss, den sie in Schiedsverfahren durchsetzen könnten. Den Krankenkassen hingegen wird dieses Recht, eine Schiedsstelle anzurufen, nicht zugesprochen.
- Nach der derzeitigen Formulierung des Gesetzeswortlautes im Änderungsantrag könnte zudem die Situation entstehen, dass eine Gemeinschaft von Allgemeinärzten, die die oben genannte Bedingung erfüllt, sogar verhindern könnte, dass Krankenkassen Hausarztverträge abschließen, wenn diese Gemeinschaft nicht von ihrem Recht Gebrauch macht, bei Nicht-Einigung das Schiedsamt anzurufen. Zwar steht in der Begründung, dass die Krankenkassen in diesen Fällen auch Verträge mit anderen Gemeinschaften abschließen können, allerdings fehlt die entsprechende Regelung in der Rechtsnorm selbst. So muss man zumindest feststellen, dass Begründung und Norm nicht im Einklang zueinander stehen. Dies führt damit zu einer rechtsunsicheren Situation, wenn nicht sogar zu der absurden Lage, dass Allgemeinarztgemeinschaften ggf. verhindern können, dass überhaupt ein Hausarztvertrag zustande kommt.
- Nur wenn es solche Gemeinschaften nicht geben würde, könnten die Krankenkassen HZV-Verträge auch mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern oder der KV schließen.

- Neben dem Vertrag mit der "Monopol-Gemeinschaft" oder zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen wären ergänzende Verträge mit anderen vertragsärztlichen Leistungserbringern oder der KV zulässig.

-

Eine solche Regelung für Einzelverträge "mit Kontrahierungszwang" für die Krankenkassen würde entsprechend nicht den Wettbewerb fördern, sondern lediglich zu neuen Monopolen führen. Der GKV-Spitzenverband lehnt eine solche Regelung daher ab.



6. Änderungsantrag 11, § 95 SGB V (Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte und -zahnärzte)

Beabsichtigte Neuregelung:

Künftig können Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres vertrags(zahn)ärztlich tätig sein.

Bewertung:

Bislang war dies nur möglich in Kreisen und Städten, für die der Landesausschuss die Feststellung der Unterversorgung bzw. der drohenden Unterversorgung gestellt hatte und für solche Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die weniger als 20 Jahre vertragsärztlich, zahnärztlich oder psychotherapeutisch tätig gewesen waren.

Die 68er-Regelung war eingeführt worden, um in der Zeit großer Absolventenzahlen auch den jungen Ärzten und Psychotherapeuten Chancen zur Niederlassung zu eröffnen. In der aktuell vor allen in wenig attraktiven ländlichen Gegenden durch zu geringe Nachfrage nach Arzt- bzw. Psychotherapeutesitzen bestimmten Situation könnten über das 68. Lebensjahr verlängerte Tätigkeitszeiten ggf. zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung mit vertragsärztlichen Leistungen beitragen. Insofern kann der Regelung zugestimmt werden.

7. Änderungsanträge 13 – 15, §§ 126 – 128 SGB V (Hilfsmittelversorgung)

Ausgangslage:

Aufgrund der neuen Gesetzeslage in Folge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) dürfen die Versicherten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung grundsätzlich nur noch Vertragspartner der Krankenkassen in Anspruch nehmen. Gemäß der Gesetzessystematik sind die Versorgungsverträge vorrangig im Wege der öffentlichen Ausschreibung unter Anwendung des einschlägigen Vergaberechts zu schließen. Die Krankenkassen haben vor Vertragsabschluss zu überprüfen, ob die Leistungserbringer die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen (Eignungsprüfung). Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine kassenrechtliche Zulassung verfügten, sind bis zum 31. Dezember 2008 grundsätzlich weiterhin versorgungsberechtigt.

Beabsichtigte Neuregelung:

- § Die vorerwähnte Übergangsfrist soll bis zum 30. Juni 2010 verlängert und dahingehend modifiziert werden, dass sie nicht per se zur Leistungserbringung berechtigt, sondern den Leistungserbringern, die am 31. März 2007 über eine kassenrechtliche Zulassung verfügten, bei Verzicht auf die Eignungsprüfung eine ausreichende fachliche Befähigung bescheinigt, um Vertragspartner der Krankenkassen nach § 127 SGB V zu werden.
- § Nach dem 30. Juni 2010 soll den Leistungserbringern die Möglichkeit eröffnet werden, ihre Eignung aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung in einem Präqualifizierungsverfahren nachzuweisen, das vom GKV-Spitzenverband in einem Rahmenvertrag mit den einschlägigen Leistungserbringerorganisationen zu regeln ist. Die im Präqualifizierungsverfahren erworbenen Zertifikate sind kassenartenübergreifend anzuerkennen.
- § Nach wie vor wird daran festgehalten, dass die Hilfsmittelversorgung ab dem 1. Januar 2009 nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen erfolgen darf. Dadurch wird das Recht der Versicherten auf freie Wahl des Leistungserbringers erheblich eingeschränkt.

- § Die vorrangige Verpflichtung zur Ausschreibung von Hilfsmittelversorgungsverträgen soll in eine Option umgewandelt werden.
- § Die Verpflichtung zur Anwendung des europäischen Vergaberechts (4. Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen – GWB) bzw. Ausnahmen davon sollen durch Änderung des § 69 SGB V bezogen auf die unterschiedlichen Versorgungsbereiche auf nationaler Ebene klargestellt werden.
- § Sofern von Ausschreibungen abgesehen wird und Verträge im Verhandlungswege zustande gekommen sind, sollen die vertragsungebundenen Leistungserbringer ein uneingeschränktes Beitrittsrecht zu diesen Verträgen erhalten. Daher sind die vertragsungebundenen Leistungserbringer über die Inhalte abgeschlossener Verträge auf Nachfrage unverzüglich zu informieren.
- § Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen bis zum 30. Juni 2009 gemeinsam Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen abgeben. Kommen die Empfehlungen innerhalb dieser Frist nicht zustande, werden sie von einer unabhängigen Schiedsperson festgelegt.
- § Jenseits der vertragsrechtlichen Änderungen ist geplant, durch Einfügung von § 128 SGB V den Fehlentwicklungen im Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Leistungserbringern bei der Hilfsmittelabgabe entgegenzuwirken.

Bewertung:

Gesetzliche Klarstellungen oder Neuregelungen, die zu einer Vereinfachung und rechtssicheren Ausgestaltung der Ausschreibungsverfahren – insbesondere der Eignungsprüfungen – im Hilfsmittelbereich und zu einer Schlichtung des öffentlichen, kontroversen Diskurses beitragen, sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings konterkarieren einige geplante Detailregelungen einen wirksamen Vertragswettbewerb und stehen einer positiven Ausgabenentwicklung entgegen, ohne die Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Darüber hinaus reichen die aufgezeigten Vorschläge zur Vereinbarkeit des europäischen Vergaberechts mit den Vorschriften des Sozialgesetzbuches nicht aus, um eine zweifelsfreie Rechtsanwendung zu gewährleisten und insofern weitere Konfliktfelder und unterschiedliche Rechtsauslegungen zu vermeiden.

BEITRITTSRECHT ZU VERHANDLUNGSVERTRÄGEN

Insbesondere ist kritisch zu betrachten, dass vertragsungebundenen Leistungserbringern ein uneingeschränktes Beitrittsrecht zu bestehenden Verhandlungsverträgen gewährt werden soll. Die damit verbundene Auskunftspflicht gegenüber allen interessierten Leistungserbringern über die Vertragsinhalte verletzt den Vertrauensschutz, den Vertragspartner nach den allgemeinen Rechtsgrundsätzen genießen. Es ist zudem unklar, wem diese Auskunftspflicht obliegen soll.

Eine Öffnung der Verträge würde den Leistungserbringern jeglichen Anreiz nehmen, sich als Initiator vertraglichen Bindungen und wirtschaftlichen Vergütungen zu unterwerfen. Dieses Interesse ist bei Leistungserbringern naturgemäß vor allem dann gegeben, wenn sie als Exklusivvertragspartner auf ein nennenswertes Auftragsvolumen vertrauen können. Damit eine flächendeckende Versorgung gesichert wird, bestehen zwar i. d. R. zu mehreren Leistungserbringern Vertragsbeziehungen, diesen werden dann allerdings innerhalb ihres Versorgungsgebietes entsprechende Marktchancen garantiert.

Die vorgeschlagene Neukonzeption der vertraglichen Rahmenbedingungen würde folglich den mit dem GKV-WVG eingeläuteten Vertragswettbewerb, der stellenweise bereits zu marktgerechteren Vergütungen geführt hat, wieder aushebeln. Daher müssten gesetzlich zumindest angemessene Schutzfristen ermöglicht werden, innerhalb derer die Verträge in der Anfangsphase für weitere Leistungserbringer geschlossen bleiben. Ungeachtet dessen fehlt auch ein Hinweis, welchem Vertrag die Leistungserbringer beitreten dürfen, wenn mehrere Verträge für eine vergleichbare Leistung im Geltungsbereich existieren. Im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots könnte sich diese Möglichkeit nur auf den wirtschaftlich vorteilhaftesten Vertrag beziehen.

Das unter Wettbewerbsaspekten kritisch zu sehende Beitrittsrecht zu Verhandlungsverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V wird im Änderungsantrag 8 zu § 69 SGB V u. a. herangezogen, um den Verzicht auf öffentliche Auftragsvergaben (Ausschreibungen) im Hilfsmittelbereich zu rechtfertigen. Diese Beitritts-Verträge würden nämlich laut Gesetzesbegründung nicht zu einem Exklusivversorgungsrecht bestimmter Leistungserbringer führen und die Auswahlentscheidung, welcher Vertragsgegenstand im einzelnen Versorgungsfall abgegeben wird, angesichts des Versichertenwahlrechts dem Einflussbereich der Krankenkassen entzogen. Dies führe beim Abschluss von Verträgen dazu, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen der §§ 97 ff. GWB zur Anwendung des europäischen Vergaberechts nicht vorlä-

gen, weil es sich insbesondere bei den jeweiligen Vergaben nicht um öffentliche Aufträge i. S. d. § 99 GWB handeln würde.

Die Argumentationskette mag einen gewissen Charme haben, wird aber möglicherweise auf europäischer Ebene nicht auf Akzeptanz stoßen. Durch die Umwandlung der vorrangigen Ausschreibungsverpflichtung in eine Option liegt die Entscheidung über die Art der Vertragsanbahnung (Ausschreibung oder Verhandlung) letztendlich bei den Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber. Denn mit ihrer Entscheidung für einen Verhandlungsvertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V mit einem Beitrittsrecht aller potentiellen Leistungserbringer schaffen sie sich selbst im Nachhinein die Legitimation für den Ausschreibungsverzicht, obwohl – hätten sie sich für einen Ausschreibungsvertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V entschieden – u. U. alle Tatbestandsmerkmale für die Anwendung des europäischen Vergaberechts erfüllt gewesen wären. Darüber hinaus dürfte die Auswahlentscheidung des Versicherten kein Grund sein, einen Vertrag nicht als öffentlichen Auftrag i. S. v. § 99 GWB zu qualifizieren, weil die Krankenkasse unter der Prämisse des Sachleistungsprinzips ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen hat und sie als öffentlicher Auftraggeber die Leistung daher auch gegen Entgelt beschafft.

AUSSCHREIBUNGSOPTION ANSTELLE AUSSCHREIBUNGSVERPFLICHTUNG

Die angedachte Umwandlung der Ausschreibungsverpflichtung im Hilfsmittelbereich in eine Ausschreibungsoption dient zweifelsohne einer praxisgerechteren Umsetzung der vertraglichen Regelungen und ermöglicht den Krankenkassen eine Vertragsanbahnung unter Berücksichtigung der tatsächlichen Gegebenheiten und Besonderheiten, die der Hilfsmittelmarkt mit sich bringt. Voraussetzung für eine Kann-Bestimmung ist allerdings, dass von Seiten des nationalen Gesetzgebers die Voraussetzungen für eine zweifelsfreie Europarechtskonformität bei europaweiten Vergabeverfahren geschaffen werden. Diese Möglichkeit wurde auch in dem aktuellen Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Vergaberechts (4. Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen – GWB), das durch europäisches Gemeinschaftsrecht veranlasst ist, nicht aufgegriffen. Hier soll sogar in Nachvollziehung der einschlägigen Rechtsprechung eine Vorschrift ergänzt werden, die die Unwirksamkeit von Verträgen – d. h. deren Nichtigkeit von Anfang an – regeln soll, wenn diese nicht vergaberechtskonform zustande gekommen sind. Da europäisches Recht grundsätzlich die nationalen Vorschriften überlagert, könnte der Verzicht auf Ausschreibungen infolge der vorerwähnten Kann-Bestimmung und vorangehenden Ausführungen problematisch werden.

EMPFEHLUNGEN ZUR ZWECKMÄßIGKEIT VON AUSSCHREIBUNGEN

An den grundsätzlichen rechtlichen Problemen zur Anwendung des europäischen Vergaberechts würde sich auch nichts ändern, wenn der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene gemeinsam Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen abgeben würden. Die Verantwortung, wann auf Ausschreibungen verzichtet werden darf, würde dadurch im Prinzip auf den GKV-Spitzenverband abgewälzt. Soweit gesetzliche Vorschriften im SGB V das Spannungsgeflecht zwischen Europarecht und nationalem Recht bisher nicht auflösen konnten, wäre dies durch exekutive, untergesetzliche Normen noch weniger regelbar und würde die Problematik aus rechtlicher Sicht nur weiter verschärfen.

Nach den geltenden sozialrechtlichen Regelungen ist die Durchführung von Ausschreibungen derzeit an eine Zweckmäßigkeitsprüfung durch die Krankenkassen geknüpft. Aufgrund des Änderungsantrags 13 wird die entsprechende Regelung obsolet. Sie hat sich als nicht praxistauglich erwiesen und zu zahlreichen öffentlichen Diskussionen geführt. Aufgrund der Umwandlung der Ausschreibungspflicht in eine -option ist die Forderung nach gemeinsamen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen nicht nachvollziehbar und ebenso kontraproduktiv wie überflüssig.

Darüber hinaus könnte auch gar nicht allgemein bzw. übergeordnet über die Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen befunden werden. Die Entscheidung könnte nur jeweils auftragsbezogen erfolgen und daher ausschließlich in das Entscheidungsermessen der Krankenkassen gestellt werden. Sie richtet sich insbesondere nach den vertraglichen Gegebenheiten der ausschreibenden Krankenkassen. Dabei spielen vor allem die individuellen vorgesehenen Vertragsinhalte, die Möglichkeit des Abschlusses von Kollektivverträgen, die bisherige Vertragslandschaft oder das Aufwand-Nutzen-Verhältnis bei den einzelnen Krankenkassen eine ausschlaggebende Rolle.

Die Entwicklung von Empfehlungen *gemeinsam* mit den Leistungserbringerorganisationen wäre ordnungspolitisch nicht vertretbar, weil dies einerseits eine zweiseitige Verständigung zwischen Krankenkassen- und Leistungserbringerseite auf Bundesebene implizieren, andererseits aber als Verwaltungsbinnenrecht nur die Krankenkassen in Form einer Berücksichtigungspflicht binden würde. Daher wären Empfehlungen durch den GKV-Spitzenverband – ggf. mit Anhörungsrechten für die Leistungserbringerorganisationen – an dieser Stelle sachgerechter.

VERHÄLTNIS ZWISCHEN ÄRZTESCHAFT UND HILFSMITTEL-LEISTUNGSERBRINGERN

Im Hilfsmittelbereich wurde zunehmend beobachtet, dass durch Provisionszahlungen oder andere geldwerte Zuwendungen eine Steuerung der Versicherten zu bestimmten Leistungserbringern erfolgte und die Versichertengemeinschaft dadurch finanziell belastet wurde. Von daher sind gesetzliche Regelungen, um diesen Tendenzen entgegenzuwirken, zu begrüßen, wenngleich sie sich angesichts des nunmehr geltenden Vertragsprinzips (Versorgung ausschließlich durch Vertragspartner der Krankenkassen) etwas relativieren.

Die Krankenkassen sollen nach Maßgabe der geplanten Neuregelung vertraglich sicherstellen, dass Rechtsverstöße angemessen geahndet werden. Ob sich die Situation hierdurch tatsächlich entschärfen lässt, kann zu diesem Zeitpunkt nicht abschließend bewertet werden, da es auch bereits bisher diverse materiell-rechtliche Vorschriften über die auf Landesebene geltenden Berufsordnungen der Ärzte oder durch die strafrechtlichen Regelungen gab. Ursache der Missstände ist maßgeblich die mangelnde Beweislage, die durch diese sozialrechtliche Konkretisierung nicht verbessert werden kann. Gleichwohl begrüßt der GKV-Spitzenverband die Absicht des Gesetzgebers, rechtswidrigem Verhalten und unlauteren Wettbewerbsmethoden Einhalt zu gebieten.

8. Änderungsantrag 18, § 137g Abs. 1 SGB V (Finanzierung der Vorhaltekosten des BVA bei Zulassung von DMP)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Finanzierung der Vorhaltekosten des Bundesversicherungsamtes soll nach vorliegendem Änderungsantrag unverändert durch die Krankenkassen erfolgen.

Bewertung:

Da der Ausgleichsbedarfssatz nicht mehr zur Verfügung steht, dessen Erhöhung in der Vergangenheit genutzt wurde, um die notwendigen Mittel bei den Krankenkassen zu erheben, wird die Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an seine Stelle gesetzt. Dies ist abzulehnen, da die Personalkosten des BVA grundsätzlich aus seinem Haushalt getragen werden sollten.

9. Änderungsantrag 21, § 220 Abs. 3 (neu) SGB V (Grundsatz – Aufbringung der Mittel)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Änderung hat zum Ziel, dass für den Gesundheitsfonds beim BVA die gleichen Haushalts- und Rechnungslegungsvorschriften gelten wie für die Krankenkassen. Damit wird sichergestellt, dass die ausgewiesenen Ergebnisse für die GKV insgesamt schlüssig sind.

Bewertung:

Die Regelung ist notwendig und sinnvoll, allerdings ist die Platzierung in § 220 SGB V wenig nachvollziehbar und sollte entsprechend überdacht werden.

10. Änderungsantrag 22, § 252 SGB V (Beitragszahlung)

A) Tilgungsreihenfolge

Beabsichtigte Neuregelung:

Die beabsichtigte Änderung regelt die Tilgungsreihenfolge von Beiträgen, Zusatzbeiträgen sowie Prämien.

Bewertung:

Der GKV-Spitzenverband hatte sich gegenüber dem BMG mit Schreiben vom 24. Juli 2008 dahingehend positioniert, dass Beiträge (zu Gunsten des Gesundheitsfonds) sowie Zusatzbeiträge (zu Gunsten der Krankenkasse) gleichrangig zu behandeln sind. Begründet wurde dies mit dem aus unserer Sicht legitimen Interesse der Krankenkasse an einem zumindest anteiligen Beitragszufluss bei nicht vollständiger Beitragszahlung.

Der Vorschlag wurde offensichtlich nicht aufgegriffen. Der vorgelegte Änderungsantrag sieht vielmehr eine bevorzugte Tilgung der Beiträge vor den Zusatzbeiträgen vor. Da die Erhebung des Zusatzbeitrages für die einzelne Krankenkasse stets die "Ultima ratio" dargestellt, kann die beabsichtigte Regelung nicht akzeptiert werden.

B) Haftung bei Pflichtverletzung durch Einzugsstellen

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Haftungsvorschrift nach § 28r SGB IV wird auf den Einzug auch der Krankenversicherungsbeiträge ausgeweitet.

Bewertung:

Durch die Ausweitung der Haftungsvorschrift nach § 28r SGB IV auf den Einzug auch der Krankenversicherungsbeiträge entsteht bei Pflichtverletzungen im Rahmen des Beitragseinzugs ein Schadensersatzanspruch des Gesundheitsfonds gegenüber

der jeweiligen Einzugsstelle. Bistlang bestand dieser Anspruch seitens der Träger der Pflegeversicherung, der Rentenversicherung und der BA gegenüber den Einzugsstellen. Die Vorschrift schützt im Ergebnis Krankenkassen, die als Einzugsstellen pflichtgemäß handeln, vor den finanziellen Folgen der Pflichtverletzung bei anderen Krankenkassen. Dem Gesundheitsfonds nicht zufließende Beitragseinnahmen sind letzten Endes durch Zusatzbeiträge aller Krankenkassen zu finanzieren.

- C) Regelungen zur Prüfung von Beitragsfestsetzung, Beitragseinzug und Weiterleitung der Beiträge durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Prüfung nach § 274 wird zukünftig auch die Beitragsfestsetzung, den Beitragseinzug und die Weiterleitung der Beiträge umfassen müssen. Das Nähere zum Verfahren, insbesondere die Möglichkeit der Hochrechnung von Prüfergebnissen, bei denen Unregelmäßigkeiten festgestellt wurden, soll durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates geregelt werden.

Bewertung:

Bei der Festlegung der Kriterien für mögliche Hochrechnungen ist wegen der finanziellen Konsequenzen große Sorgfalt und Sachverstand erforderlich. Auf eine Pflicht zur Anhörung des GKV-Spitzenverbandes kann deshalb nicht verzichtet werden.

11. Änderungsantrag 25, § 271a (neu) SGB V (Sicherstellung der Einnahmen des Gesundheitsfonds)

Ausgangslage:

Krankenkassen haben keine unmittelbaren finanziellen Anreize mehr, als Einzugsstellen für den Gesundheitsfonds auf eine möglichst vollständige Erhebung der Beiträge hinzuwirken. Im bisherigen RSA-Verfahren bestand die Pflicht, die Finanzkraft, ermittelt auf der Grundlage des Beitragssolls, in den Risikostrukturausgleich abzuführen. Bei einem Beitragssatz oberhalb des Ausgleichsbedarfssatzes erzielte die Krankenkasse zudem Beitragseinnahmen, die nicht abgeführt wurden. Es bestand somit ein finanzieller Anreiz für eine möglichst vollständige Beitragserhebung.

Unter Gesundheitsfondsbedingungen werden Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds nun zwar zunächst über ein zinsloses Darlehen des Bundes ausgeglichen, die Rückzahlung erfolgt aber letztlich über Zusatzbeiträge und geht somit zu Lasten aller Krankenkassen.

Beabsichtigte Neuregelung:

Die vorgesehene Regelung beschreibt, wann ein zunächst vorläufiger Säumniszuschlag in Höhe von 10 Prozent im Monat auf die Differenz der tatsächlichen zu einer "normalen" Höhe der Beitragsrückstände zu erheben ist. Die Krankenkasse kann im Regelfall innerhalb von drei Monaten glaubhaft machen, dass die erhöhten Beitragsrückstände nicht auf eine von ihr zu verantwortende Pflichtverletzung zurückzuführen sind. Erst dann wird der Säumniszuschlag endgültig festgelegt. Bei fortgesetzter Pflichtverletzung kann der Säumniszuschlag um weitere 10 Prozentpunkte im Monat erhöht werden.

Bewertung:

Um einen ordnungsgemäßen Beitragseinzug im Interesse aller Krankenkassen weiterhin sicherzustellen, können Sanktionen in Form von Säumniszuschlägen sinnvoll sein. Die Regelung ist aufgrund ihres Sanktionscharakters grundsätzlich geeignet, die bestehende Anreizproblematik anzugehen und die Zahlungsdisziplin im Gesamtinteresse aller Krankenkassen zu verbessern. Rechtsunsicherheiten entstehen

jedoch durch die in der Begründung vorgenommenen Erläuterungen zur Feststellung von erheblichen Beitragsrückständen. Die versuchte Konkretisierung des Begriffes "erhebliche Beitragsrückstände" durch die mit einer Oder-Verknüpfung aufgezählten Kriterien gelingt nicht. Würden die Kriterien dagegen alle mit einem "und" verknüpft, wäre die erforderliche Rechtsklarheit gegeben. In diesem Fall sollte die Definition "erheblicher Beitragsrückstände" im Gesetz und nicht in der Begründung stehen.

Rechtsunsicherheit besteht zudem in der Frage, wann eine Pflichtverletzung konkret vorliegt. Wäre es z. B. einer Krankenkasse zuzurechnen, wenn sich die Bearbeitungszeiten des von ihr mit der Eintreibung rückständiger Beiträge beauftragten Hauptzollamts deutlich verlängern?

Es sollte zudem klargestellt werden, dass die Feststellung einer erheblichen Veränderung der Beitragsrückstandsquote allein durch das BVA als für die Durchführung des Gesundheitsfonds zuständige Behörde getroffen wird. Dies geht aus dem Änderungsantrag nicht eindeutig hervor. Da die benötigten Informationen den monatlichen Abrechnungen im Gesundheitsfonds zu entnehmen sind, ist eine Meldepflicht der Krankenkassen nicht vorzusehen.

Des Weiteren sollte festgehalten werden, dass das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband laufend über die ermittelten Rückstandsquoten der Kassenarten und der GKV informiert.

12. Änderungsantrag 26, § 272 SGB V (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds)

Beabsichtigte Neuregelung:

Entsprechend dem politischen Kompromiss zur Umsetzung der Konvergenzregel wird die Belastung aller in einem Bundesland tätigen Krankenkassen durch die Einführung des Gesundheitsfonds auf (zunächst) 100 Mio. Euro begrenzt, indem ein überschießender Belastungsbetrag durch erhöhte Zuweisungen an die Krankenkassen des betroffenen Bundeslandes entsprechend der Zahl der in diesem Land wohnhaften Versicherten ausgeglichen wird. Die Mittel hierzu werden aus der Liquiditätsreserve aufgebracht.

Bewertung:

Durch diese Regelung soll vermieden werden, dass die Zuweisungen gekürzt werden für Krankenkassen mit Versicherten überwiegend in von der Gesundheitsfondseinführung begünstigten oder zumindest nicht belasteten Bundesländern. Dies ist in einer solidarisch organisierten gesetzlichen Krankenversicherung bekanntlich keine besonders sinnvolle Betrachtungsweise. Stattdessen müssen alle Beitragszahler über den GKV-einheitlichen Beitragssatz – und ab 2010 die Mitglieder ggf. auch über Zusatzbeiträge – eine fragwürdige Konvergenzregelung finanzieren, deren Ziel es vornehmlich ist, den Ärzten in bestimmten Bundesländern weiterhin überdurchschnittliche Honorare zahlen zu können. Immerhin sind die Beitragszahler der begünstigten Länder hiervon nun zumindest *anteilig* betroffen, was jedoch letztlich auch noch keine sachgerechte Lösung darstellt.

*13. Änderungsantrag 30, § 317 (neu) SGB V (Umsetzung des EuGH-Urteils
zu Psychotherapeuten aus anderen EU-Staaten)*

Beabsichtigte Neuregelung:

Der Europäische Gerichtshof sieht in den Übergangs- und Bestandsschutzregelungen des § 95 Abs. 10 und 11 SGB V insofern Mängel, als damit die Verpflichtungen aus Artikel 43 EG nicht nachgekommen wird, da nur solche Psychotherapeuten von den Übergangs- und Bestandsschutzregelungen profitieren, die ihre Tätigkeit im Bereich der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ausgeübt haben; eine vergleichbare Tätigkeit in den Mitgliedstaaten wurde nicht berücksichtigt.

Der neue § 316 SGB V kommt nun dieser Verpflichtung aus Artikel 43 EU nach.

Bewertung:

Es handelt sich damit um eine rechtliche Harmonisierung; der Regelung ist folglich zuzustimmen.

14. Änderungsantrag 36, § 271 SGB V (Gesundheitsfonds – hier: Finanzierung Konvergenzregel aus der Liquiditätsreserve und Regelung zur Höhe und Aufbau der Reserve) und § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen – hier: Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkassen am Bundeszuschuss)

Beabsichtigte Neuregelung:

Zur rechtssicheren Umsetzung durch das BVA wird in § 271 SGB V die zusätzliche Zweckbestimmung der Liquiditätsreserve ergänzt. Inklusive Konvergenzregel, für die das BMG entsprechend dem Wasem-Gutachten rund 500 Mio. Euro in 2009 und rund 100 Mio. Euro in 2010 ansetzt, sind bis Jahresende 2012 rund 3,1 Mrd. Euro für den Aufbau der Liquiditätsreserve bereitzustellen. Die Liquiditätsreserve soll dabei am Ende 20 % der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen, was rund 2,5 Mrd. Euro entspricht. Der Aufbau der Reserve soll in vier gleichen Schritten, d.h. mit rund 780 Mio. Euro jährlich, erfolgen.

Bewertung:

Grundsätzlich ist festzustellen, dass hiermit ein Beitragssatzanteil von 0,08 Beitragssatzpunkten für die kommenden Jahre fest für die Liquiditätsreserve verplant wird und damit nicht zur Finanzierung von Leistungen zur Verfügung steht.

Es ist allerdings zu begrüßen, dass der Gesetzgeber für frühzeitige Klarheit sorgt und die Regelung zu Höhe und Aufbau der Liquiditätsreserve selber trifft. Damit entfällt eine Regelung durch Rechtsverordnung. Der GKV-Schätzerkreis erhält eine klare Planungsvorgabe.

Weder sachgerecht noch logisch ist allerdings die Festsetzung der Höhe der Liquiditätsreserve mit 20 % der durchschnittlichen Monatsausgaben. Hier stand eine Begrenzung des Beitragssatzanstiegs im Vordergrund der Überlegungen.

Nach § 261 Abs. 2 SGB V beträgt die Höhe der gesetzlichen Mindestrücklage für die Krankenkassen unverändert 25 % der durchschnittlichen Monatsausgaben. Das einnahmenseitige Liquiditätsrisiko geht jedoch zum 01.01.2009 auf den Gesundheitsfonds über. Zwar benötigt die einzelne Krankenkasse weiterhin eine Reserve, um ausgabenseitige Liquiditätsschwankungen aufzufangen. Damit lässt sich jedoch allenfalls ein umgekehrtes Verhältnis der Vorgaben zur ‚Mindestreserve‘ begründen

(20 % bei den Krankenkassen, 25 % im Fonds). Es ist nicht nachvollziehbar, warum Krankenkassen, die die gesetzliche Mindestrücklage nicht erfüllen, zukünftig Zusatzbeiträge erheben müssen, um einer gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen, deren Notwendigkeit durch die Einführung des Gesundheitsfonds in dieser Höhe nicht mehr gegeben ist. Eine Absenkung der Mindestreserve bei den Krankenkassen sollte deshalb geprüft werden.

In § 271 SGB V sollte außerdem ein weiterer Verwendungszweck der Liquiditätsreserve verankert werden: Wie im heutigen RSA-Verfahren auch müssen Krankenkassen zukünftig die Möglichkeit haben, einen Einzelfallantrag beim BVA zu stellen. Dies ist in Änderungsantrag 44 im Übrigen auch vorgesehen. Es geht darum, in begründeten Einzelfällen entweder früher Geld vom BVA zu erhalten, das der Krankenkasse im Schlussausgleich ohnehin zufließen wird. Ein Beispiel hierfür ist eine kurzfristig eingetretene deutliche Verschlechterung der Risikostruktur oder starkes Wachstum der Krankenkasse. Oder eine Krankenkasse beantragt im Einzelfall die Streckung einer Zahlungsverpflichtung – bspw. im Falle einer Überforderung durch die sofortige Erfüllung einer Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Gesundheitsfonds aus dem Schlussausgleich. Für diesen Fall bedarf es dringend einer Regelung, um ansonsten drohende Insolvenzen zu vermeiden. Dies kann vom BVA nur durch Rückgriff auf die Liquiditätsreserve finanziert werden.

Die Regelung zum Anteil der Landwirtschaftlichen Krankenkassen am Bundeszuschuss nach § 221 ist sachgerecht.

15. Änderungsantrag 37, Art. 8 GKV-SolG (Weiterbildung Allgemeinmedizin)

Ausgangslage:

Derzeit besteht die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu fördern. Hierfür sind im ambulanten und stationären Bereich jeweils maximal 3.000 zu fördernde Stellen vorgesehen mit einem Förderungsbetrag von rund 1.000 Euro im Monat. Im ambulanten Bereich wird die Organisation über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgewickelt. Antragsteller und Empfänger des Geldes ist der jeweilige Weiterbildungsassistent in der Arztpraxis. Im stationären Bereich läuft die Organisation über die Krankenhausgesellschaft. Antragsteller und Empfänger des Geldes ist das jeweilige Krankenhaus.

Aus Sicht der Leistungserbringer und der Politik gab es in der Vergangenheit verschiedenartige Probleme, an die Fördergelder zu kommen. Dies lag z. B. an der sektoralen Trennung aber auch an der Quotierung von Förderstellen innerhalb eines Sektors. Dies hat dazu geführt, dass in einzelnen KV-Bereichen die Stellen ausgeschöpft waren, wogegen in anderen KV-Bereichen Fördergelder ungenutzt blieben.

Die Bundesärztekammer sowie Hausärzteverbände haben sich dafür eingesetzt zu einer höheren Ausschöpfung der Fördergelder zu kommen. Von den derzeit theoretisch möglichen 72 Mio. Euro (6.000 Stellen x 12 Monate x 1.000 Euro pro Monat) zahlen die Kassen derzeit ca. die Hälfte.

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Höhe der finanziellen Förderung soll grundsätzlich beibehalten werden, sie soll jedoch so bemessen werden, „dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungsbereichen [...] eine angemessene Vergütung erhalten“. In Gebieten mit Unterversorgung soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen soll insgesamt mindestens 5.000 Stellen betragen. Die sektorale Trennung zwischen ambulant und stationär wird aufgehoben, es wird somit ein dreiseitiger Vertrag (DKG, KBV, GKV-SV) notwendig werden.

Weiterhin wird die Möglichkeit einer zentralen Verwaltung der Gelder geschaffen sowie eine Übertragung der Fördermittel in andere Regionen und auf Folgejahre.

Bewertung:

Die vorgeschlagenen Änderungen entsprechen dem politischen Willen, dass die gesetzliche Krankenversicherung sich an den Kosten der Allgemeinmedizin-Weiterbildung beteiligt. Daher wären in erster Linie das politische Ziel zu hinterfragen sowie die Folgen der Umsetzung anzusprechen.

Der GKV-Spitzenverband hält es für höchst fragwürdig, dass niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser hohe Vergütungsaufschläge erhalten und gleichzeitig nicht in der Lage sind, eine angemessene allgemeinmedizinische Weiterbildung sicherzustellen.

Es ist davon auszugehen, dass es mittelfristig zu einer Verdopplung der bisherigen Ausgaben kommen wird.

16. Änderungsantrag 38, § 42 DEÜV

Beabsichtigte Neuregelung:

Mit dem Änderungsvorschlag zu § 42 DEÜV sollen durch Verweis auf § 26 DEÜV die gesetzlichen Grundlagen für die Beitragsnachweisung zwischen Arbeitgeber und Krankenkassen auch hinsichtlich der Beitragszahlungen der sogenannten Direktzahler (BA, Optionskommunen, der Künstlersozialkasse und der Wehr- und Zivildienstverwaltung) an den Gesundheitsfonds für anwendbar erklärt werden.

Bewertung:

Dieser Ergänzung ist grundsätzlich zuzustimmen.

Da sich die vorgeschlagene Neuregelung des § 42 DEÜV jedoch - ohne weitere Differenzierung - auf die gesamten Beitragszahlungen und Beitragsweiterleitungen nach § 252 Abs. 2 SGB V bezieht, wird die Anwendbarkeit der Regelung des § 26 DEÜV auch auf die "sonstigen Beiträge", die die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds weiterleiten (u. a. für freiwillig Versicherte), erweitert. Für die Beiträge der sogenannten Selbstzahler werden jedoch gegenüber dem Gesundheitsfonds keine Beitragsnachweise erstellt. Vielmehr erhält der Gesundheitsfonds eine Monatsabrechnung für die sonstigen Beiträge, aus der sich die monatlichen Sollbeträge ergeben (vgl. auch Änderungsantrag Nr. 37 zu Artikel 5a - § 6b E-BVV i. V. m. § 6 BVV).

Insofern sollte sich die beabsichtigte Neuregelung des § 42 DEÜV lediglich auf die Beitragszahlungen und Beitragsweiterleitungen nach § 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V beziehen.

17. Änderungsantrag 41, § 31 Abs. 4 RSAV (Festlegungen zum Klassifikationsmodell)

Beabsichtigte Neuregelung:

Nach § 31 Abs. 4 RSAV soll das Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich Festlegungen zum Klassifikationsmodell im Morbi-RSA treffen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass diese Festlegungen jeweils für das monatliche Abschlagsverfahren und den Schlussausgleich des Jahres gelten, das dem Jahr der Festlegung folgt. Der Termin für die Festlegungen wird vom 31. März auf den 30. September verlegt, damit das BVA die im Sommer erhobenen aktuellen Morbiditätsdaten und die dabei gesammelten Erfahrungen aus der Anwendung des Klassifikationsmodells in seine Festlegungen einbeziehen kann. Ferner wird das BVA ermächtigt, die Festlegung auch unterjährig nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes anzupassen, wenn die Kodierung der Diagnosen (ICD-Codes) oder die Arzneimittelklassifikation aktualisiert wurden.

Bewertung:

Ohne diese Vorschrift könnte das BVA entsprechende Änderungen erst mit Wirkung für das folgende Ausgleichsjahr vornehmen. Die Änderungen sind entsprechend zu begrüßen.

18. Änderungsantrag 43, § 33a bis c RSAV (Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds – Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen – Ermittlung der Zuweisungen – Durchführung der Übergangsregelungen)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Neuregelung schreibt das Verfahren vor, nach dem die Belastungen, die gemäß § 272 SGB V im Rahmen der Konvergenzregelung ausgeglichen werden sollen, ermittelt werden. Dies geschieht durch Gegenüberstellung der Einnahmen, die die in einem Land tätigen Krankenkassen ohne Einführung des Gesundheitsfonds erhalten hätten, und der Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

Bewertung:

Die zur Umsetzung der Konvergenzregel gefundenen Regelungen sind insgesamt praktikabel und bedürfen insoweit keiner inhaltlichen Wiedergabe. Es ist jedoch zu kritisieren, dass bei der Ermittlungen der landesbezogenen Zuweisungen aus nicht nachvollziehbaren Gründen auf eine regional differenzierte Berücksichtigung der Morbidität verzichtet wird: Die Zuweisungen, die eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, werden durch die Gesamtzahl ihrer Versicherten geteilt und mit der Zahl der in einem Bundesland wohnhaften Versicherten multipliziert. Die Zuweisungen für sonstige Ausgaben nach § 270 SGB V sollten tatsächlich nach diesem Verfahren regional zugerechnet werden. Für Zuweisungen aus dem Morbi-RSA ist diese Vorgehensweise hingegen unsinnig, weil zu jedem Versicherten die Morbiditätsinformationen und die Zuordnungskennziffer zur Region (Postleitzahl Wohnort) aus dem Verfahren bereits bekannt sind. Damit kann die nach Bundesland unterschiedliche Morbidität ohne jeglichen Mehraufwand berücksichtigt werden.

19. Änderungsantrag 45, § 39 RSAV (Monatliches Verfahren – hier: Anpassung an Veränderungen der Versichertenzahl und Versichertenstruktur; Fälligkeit der Zahlungen an die Krankenkassen)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die bisherigen Vorschriften zum monatlichen Abschlagsverfahren werden durch die Neuregelung an den Verfahrensablauf im Gesundheitsfonds angepasst. Dabei werden zudem die monatlichen Zuweisungen an die Veränderung der Versichertenzahl angepasst.

Bewertung:

Die vorgeschlagenen Änderungen entsprechen dem heutigen RSA-Verfahren und sind sachgerecht.

Es ist vorgesehen, dass Krankenkassen einen Einzelfallantrag stellen können, mit dem kassenindividuelle Besonderheiten – wie in der Vergangenheit – berücksichtigt werden können. Die Umsetzbarkeit setzt jedoch voraus, dass das BVA die ggf. notwendigen Mittel aus der Liquiditätsreserve entnehmen kann. Hier bedarf es in § 271 SGB V einer ergänzenden Zweckbestimmung.

Auch die Veränderungen der Versichertenstruktur werden wie im bisherigen RSA-Verfahren durch zwei Zwischenausgleiche berücksichtigt. Dies ist zu begrüßen, weil die Zuweisungen und damit die Liquiditätszuflüsse der Krankenkassen näher am Jahresausgleich liegen und somit die Notwendigkeit von Einzelfallanträgen vermindert wird.

Die Auszahlungen im monatlichen Verfahren sind an den Hauptfälligkeitszeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beiträge zu orientieren. Mit dieser Klarstellung, die in der Gesetzesbegründung weiter dahingehend präzisiert wird, welche Hauptfälligkeitszeitpunkte gemeint sind, wird frühzeitig Planbarkeit für die Krankenkassen hergestellt und ein Mittelzufluss vorgegeben, der im Wesentlichen die heutigen Gegebenheiten widerspiegelt.

Da Beiträge der freiwilligen Mitglieder und sonstigen Selbstzahler erst zum 15. des Folgemonats eingehen, sind auch Zuweisungen für einen Ausgleichsmonat vollständig erst zum 15. des Folgemonats zu zahlen. Mit dieser Klarstellung soll dem Umstand Rechnung getragen, dass im Januar 2009 den Krankenkassen noch Beiträ-

ge der freiwilligen Mitglieder zufließen, die dem Monat Dezember und damit den Krankenkassen und nicht dem Gesundheitsfonds zuzurechnen sind (geschätzte 1,7 Mrd. Euro). Damit im Fonds keine Liquiditätslücke entsteht, soll im Januar weniger Geld zugewiesen werden. Den Krankenkassen insgesamt entsteht dadurch vermeintlich keine Liquiditätslücke, weil ihnen entsprechende Beiträge zufließen. Die Regelung lässt jedoch unberücksichtigt, dass die Krankenkassen unterschiedliche Anteile an freiwilligen Mitgliedern aufweisen. Die Regelung ist vor diesem Hintergrund problematisch, weil bei den Zuweisungen des Gesundheitsfonds nicht danach unterschieden wird, ob das Geld an eine Krankenkasse mit hohem Anteil freiwilliger Mitglieder geht – diese hätte somit mit verringerter Zuweisung im Monat Januar kein Liquiditätsproblem zu erwarten – oder an eine Krankenkasse, die kaum Beitragseinnahmen von freiwilligen Mitgliedern erhält – hier würde folglich ein Liquiditätsproblem entstehen.

Die Regelung ist deshalb abzulehnen. Zumindest muss den benachteiligten Krankenkassen die Möglichkeit eines Einzelfallantrags eröffnet werden, um drohende Liquiditätsprobleme bereits im ersten Monat der Gesundheitsfondseinführung zu verhindern.

20. Weiterer Regelungsbedarf zu Einführung des Gesundheitsfonds

20.1 Bedarf an Regelungen zur Bereinigung der Zuweisungen

Es fehlen bislang weiterhin Regelungen zur Durchführung des Jahresausgleichs im Gesundheitsfonds. Diese müssen zwar nicht zwingend bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds festgelegt werden. Da das BVA jedoch zumindest im Zusammenhang mit einer am erwarteten Schlussergebnis orientierten Umsetzung von Einzelfallanträgen wissen sollte, welche Regelungen für den Jahresausgleich gelten, ist es empfehlenswert, dass bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds festgelegt wird, wie der Jahresausgleich durchzuführen ist.

20.2 Bedarf an Regelungen zur Bereinigung der Zuweisungen

Die DMP-Programmkostenpauschale enthält Anteile, die bei den Leistungsausgaben zuweisungen zu bereinigen sind, und Anteile, die bei den Verwaltungskosten zuweisungen zu bereinigen sind. Entsprechende Regelungen waren in Formulierungshilfen zum monatlichen Verfahren und zum Schlussergebnis enthalten, finden sich in den vorliegenden Änderungsanträgen jedoch nicht wieder. Eine Klarstellung ist erforderlich, um eine doppelte Zuweisung an in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebene Versicherte zu verhindern. Der GKV-Spitzenverband hat das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesversicherungsamt frühzeitig auf die Notwendigkeit entsprechender Bereinigungen hingewiesen.

20.3 Bedarf an Regelungen zur Kürzung der Zuweisungen für den Fall der Unterdeckung des Gesundheitsfonds

Da es nach 2009 im Gesundheitsfonds zu Unterdeckungen (ggf. auch Überdeckungen) kommen kann, ist eine Regelung zu treffen, wie die Zuweisungen den nicht zur Deckung der Ausgaben ausreichenden Einnahmen des Gesundheitsfonds angepasst werden.