

## **Änderungsanträge**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

### **Hinweis:**

Nachfolgende Änderungsanträge werden insbesondere im Hinblick auf die Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 6. Mai 2009 vorgelegt.

## **Änderungsantrag 1**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 12a - neu -

(Öffnung der Krankenpflegeausbildungen  
für Hauptschulabschlüsse)

Nach Artikel 12 wird folgender Artikel 12a eingefügt:

### **„Artikel 12a Änderung des Krankenpflegegesetzes**

§ 5 des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung.“

2. Nummer 3 wird gestrichen.“

#### Begründung:

Mit der Änderung wird als Voraussetzung für den Zugang zu den Ausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz einheitlich ein Hauptschulabschluss oder eine diesem gleichwertige Schulbildung festgelegt. Damit wird der Zugang zu diesen Berufen für mehr Interessentinnen und Interessenten als bisher geöffnet, um frühzeitig vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung einen Mangel an Beschäftigten im Gesundheitswesen und insbesondere im Bereich der Pflege zu vermeiden. Die Streichung der Nummer 3 ist Folgeänderung zu Nummer 1.

## **Änderungsantrag 2**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256-

Zu Artikel 13a - neu -

(Sicherstellung der Ausnahme von der Versicherungspflicht für Asylbewerber)

Nach Artikel 13 wird folgender Artikel 13a eingefügt:

### **„Artikel 13a Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes**

In § 193 Absatz 3 Nummer 3 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes“ durch die Wörter „dem Asylbewerberleistungsgesetz“ ersetzt.“

#### Begründung:

Die Ausnahmeregelung (es besteht keine Versicherungspflicht nach § 193 VVG) wird auf alle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Anspruchsberechtigten ausgeweitet, um die vom Asylbewerberleistungsgesetz eigenständig getroffene Entscheidung zur Regelung der Leistungen bei Krankheit beizubehalten.

### **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 14a - neu -

(Leistungsanspruch bei Beitragsverzug)

Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 14a angefügt:

#### **„Artikel 14a**

#### **Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

§ 8 Absatz 2a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Das Wort „Versicherte“ wird jeweils durch das Wort „Mitglieder“ ersetzt.
2. Nach den Wörtern „ausgenommen sind“ werden die Wörter „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und“ eingefügt.
3. Folgender Satz wird angefügt:  
„Die Krankenkasse hat bei Vereinbarung von Ratenzahlung das Ruhen vorzeitig für beendet zu erklären.““

#### Begründung:

Folgeänderung zu Artikel 15 Nummer 01 (Änderung § 16 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Die in § 16 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommenen Klarstellungen der Regelung über das Ruhen des Leistungsanspruchs werden für die landwirtschaftliche Krankenversicherung inhaltsgleich übernommen.

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 14b - neu -

(Beitragszuschuss der BA bei Hilfebedürftigkeit)

Nach Artikel 14a - neu - wird folgender Artikel 14b eingefügt:

### **„Artikel 14b Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 26 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Beitrag wird ferner für Personen im notwendigen Umfang übernommen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Krankenversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden.“

2. Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Pflegeversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.““

Begründung:

Zu Nummer 1 (Absatz 2)

Die Regelung schließt eine Lücke in der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Während bei freiwillig gesetzlich und privat krankenversicherten Personen der Beitrag zur Krankenversicherung übernommen wird, wenn und soweit die Versicherten allein durch die Tragung dieser Beiträge hilfebedürftig würden, besteht eine solche Regelung für gesetzlich Pflichtversicherte – in Folge eines redaktionellen Versehens – seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr. Die Lücke wird mit der vorliegenden Änderung in der Weise geschlossen, dass der Träger der Grundsicherung die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in dem zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit notwendigen Umfang übernimmt. Damit wird der ansonsten eintretende "Drehtüreffekt" vermieden: Ohne die Tragung der Beiträge würden die pflichtversicherten Personen hilfebedürftig; mit dem Bezug von Arbeitslosengeld II und der damit eintretenden Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch würde die Hilfebedürftigkeit aber sofort wieder entfallen.

Zu Nummer 2 (Absatz 3)

Das in der Begründung zu Nummer 1 zur gesetzlichen Krankenversicherung Ausgeführte gilt entsprechend im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Auch hier sollen bei versicherungspflichtigen Personen, die allein durch die Tragung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung hilfebedürftig würden, die Beiträge übernommen werden. Dabei kommen § 26 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 3 auch dann zur Anwendung, wenn sowohl die Übernahme des Kranken- wie auch des Pflegeversicherungsbeitrages notwendig ist, um Hilfebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Regelung tritt rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft.

## **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 01 - neu -

(Leistungsanspruch bei Beitragsverzug)

In Artikel 15 wird der Nummer 1 folgende Nummer 01 vorangestellt:

"01. § 16 Absatz 3a wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort "Versicherte" wird durch die Wörter "Mitglieder nach den Vorschriften" ersetzt.

bb) Nach den Wörtern "erforderlich sind" werden ein Komma und die Wörter "sowie Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26" eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

"Die Krankenkasse hat bei Vereinbarung von Ratenzahlung das Ruhen vorzeitig für beendet zu erklären."

Begründung:

**Zu Buchstabe a**

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Änderung stellt klar, dass sich die Ruhensanordnung im Falle von Beitragsrückständen allein auf das zur Zahlung verpflichtete Mitglied bezieht. Der Leistungsanspruch mitversicherter Familienangehöriger bleibt hiervon unberührt. Dies ergibt sich nach Auffas-

sung der Bundesregierung zwar bereits aus der bestehenden Formulierung; im Interesse von Rechtsklarheit und – sicherheit wird das beabsichtete Ergebnis nunmehr jedoch eindeutig vorgegeben. Damit wird eine Anregung des Bundesrates aufgegriffen.

#### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Änderung stellt klar, dass Früherkennungsuntersuchungen nach §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Anordnung des Ruhens des Leistungsanspruchs ausgenommen sind. Diese Untersuchungen sind auch für säumige Beitragszahler von hoher Bedeutung. Auch insoweit wird eine Anregung des Bundesrates aufgegriffen.

#### **Zu Buchstabe b**

Über die bisher im Gesetz vorgesehenen Fälle (vollständige Begleichung der Beitragsschuld bzw. Eintreten von Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch) hinaus ist die Ruhensanordnung dann auszusetzen, wenn sichergestellt ist, dass die Beitragsschuld innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums beglichen wird. Damit wird ein zusätzlicher Anreiz für Beitragsschuldner geschaffen, besondere Anstrengungen zur Tilgung angefallener Beitragsrückstände zu unternehmen.

## **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 02 - neu -

(spezialisierte ambulante Palliativversorgung in stationären Hospizen)

In Artikel 15 wird nach Nummer 01 - neu - folgende Nummer 02 eingefügt:

02. Nach 37b Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung."

### Begründung:

Mit der Klarstellung wird die zwischen Krankenkassen und den Verbänden der Hospizbewegung strittige Frage geklärt, ob der ärztliche Leistungsanteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auch in stationären Hospizen erbringbar ist.

Die ärztliche Versorgung wird in den stationären Hospizen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht (§ 3 Absatz 6 Nummer 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, i.d.F. vom 9. Februar 1999, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize zuständigen Spitzenorganisationen). Wenn diese ärztliche Leistung nicht ausreicht, das Leistungsziel der SAPV, nämlich die angemessene medizinische und pflegerische Versorgung der Sterbenden auch in den stationären Hospizen zu gewährleisten, ist zusätzlich auch der ärztliche Leistungsanteil der SAPV zu erbringen. Näheres hierzu ist in den Verträgen nach § 132d SGB V zu regeln.

## Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 03 - neu -

(Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize)

In Artikel 15 wird nach Nummer 02 - neu - folgende Nummer 03 eingefügt:

„03. § 39a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:

"Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert."

bb) In Satz 3 wird das Wort "Er" durch die Worte "Der Zuschuss" ersetzt.

cc) In Satz 4 (neu) werden die Worte "und in den Rahmenvereinbarungen nach Satz 4 vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben" gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

"Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationä-

ren oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, der Familie, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen."

bb) Sätze 4 und 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

"Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen pro Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten."

Begründung:

Zu Buchstabe a)

Zu Doppelbuchstabe aa und bb)

Die Finanzierung stationärer Hospizleistungen wird neu geregelt. Die bisherige Finanzierungsregelung, wonach die Krankenkassen die Höhe des Zuschusses in der Satzung festzulegen hatten, führte zu einer starken und unterschiedlichen Eigenbeteiligung der Versicherten. Angesichts der Lebenssituation von Hospizbewohnern, die sich in der letzten Lebensphase befinden, ist eine Vollfinanzierung angemessen. Es bleibt dabei, dass Versicherte, die in der GKV vorgesehenen Zuzahlungen (Praxisgebühr, Arzneimittelzuzahlung etc.) zu leisten haben.

Die Neuregelung sieht eine Vollfinanzierung der zuschussfähigen Kosten vor. Die Krankenkassen tragen diese Kosten, wobei der Leistungsanteil der Pflegeversicherung minderd anzurechnen ist. Zuschussfähig sind dabei – wie nach bisherigem Recht – 90 % des von den Krankenkassen und den Hospizdiensten zu vereinbarenden Tagesbedarfsatzes (vgl. hierzu insbesondere § 7 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz

4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, i.d.F. vom 9. Februar 1999, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize zuständigen Spitzenorganisationen). Satz 3 dient dem Bestandsschutz. Die Regelung stellt sicher, dass die Zuschüsse der Krankenkassen im Einzelfall nicht geringer ausfallen als bisher.

Im übrigen bleibt es bei dem bisherigen Verfahren. Der konkrete Versorgungsumfang wird in der auf Bundesebene abzuschließenden Rahmenvereinbarungen festgelegt (§ 3 der Rahmenvereinbarung). Die Vergütung des Versorgungsumfangs wird in dem Tagesbedarfssatz festgelegt, dessen Höhe in den Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Hospizen zu vereinbaren ist (§ 7 Absatz 1 der Rahmenvereinbarung).

Die Vollfinanzierung entspricht der Vergütung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b SGB V, die ebenfalls ohne Eigenanteil der Versicherten erbracht wird.

Zu Buchstabe cc)

Der Eigenanteil der Kinderhospize von maximal 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten ist künftig in Satz 2 geregelt. Der Satzteil ist somit entbehrlich.

Zu Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa)

Ambulante Hospizleistungen können künftig auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden. Die genannten Einrichtungen werden von den Versicherten in gleicher Weise als vertraute Umgebung empfunden wie die Häuslichkeit und die stationären Pflegeeinrichtungen, in denen ambulante Hospizleistungen bereits bisher erbracht werden können. Die Ausdehnung entspricht der durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz zum 1. April 2009 eingeführten Regelung bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Doppelbuchstabe bb)

Die Finanzierung ambulanter Hospizdienste wird neu geregelt. Die bisherige Regelung, die einen versichertenbezogenen Zuschuss in Höhe von zuletzt 0,42 Euro pro Versicherten vorsah, hat zu Fehlentwicklungen geführt. Insbesondere waren die Vergütungen in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich. Darüber hinaus wurden Teile der von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Mittel nicht abgerufen.

Die Neuregelung stellt nun sicher, dass feste Zuschüsse zu den Personalkosten geleistet werden. Bezugsgröße sind dabei Leistungseinheiten, die aus dem Verhältnis von ehrenamtlich Tätigen zur Zahl der Sterbebegleitungen ermittelt werden. Die Bezugnahme auf Leistungseinheiten entspricht dem bisherigen Verfahren, das in § 6 Absatz 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 3. September 2002 i.d.F. vom 17. Januar 2006 geregelt ist.

Die Neuregelung schafft für alle Beteiligten Planungssicherheit und stellt eine leistungsgerechte Vergütung sicher.

## **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

-Drs. 16/12256 -

### Zu Artikel 15 Nummer 5

(Sozialpsychiatrie- und Onkologie-Vereinbarung)

Artikel 15 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. § 85 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.““

### Begründung:

Ebenso wie bei den vom bisherigen Änderungsbefehl des Artikel 15 Nummer 5 des Regierungsentwurfs erfassten so genannten Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen ist auch die Fortführung und Weiterentwicklung der so genannten Onkologie-Vereinbarungen aufgrund von Kündigungen von Seiten der Krankenkassen und der bislang nicht vereinbarten Anschlussregelung der Partner des Bundesmantelvertrages nicht dauerhaft sichergestellt.

Es wird deshalb vorgegeben, dass – entsprechend der im Regierungsentwurf bereits für die so genannten Sozialpsychiatrievereinbarungen getroffenen Regelung – die Gesamtvertragspartner eine angemessene Vergütung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung vereinbaren müssen und das Nähere hierzu von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren ist. Dabei sollen die Bundesmantelvertragspartner auch Regelungen zur Sicherung der Qualität onkologischer Leistungen festlegen.

## **Änderungsantrag 9**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 5a - neu -

(Datengrundlage BMG)

In Artikel 15 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

„ 5a. § 87 Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

„(3a) Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen seiner Beschlüsse insbesondere auf die vertragsärztlichen Honorare, die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, die Ausgaben der Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen sowie die regionale Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Er übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit vierteljährlich vorläufige und endgültige Daten und Berichte zur aktuellen Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung im Quartal. Außerdem legt er jährlich spätestens bis zum 30. Juni einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer im Vorjahr vor. Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Berichte nach Satz 2 und 3 dem Deutschen Bundestag umgehend vor. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen nach Satz 1, zum Inhalt, Umfang und Zeitpunkt der Datenübermittlungen und Berichte nach Satz 2 und zum Inhalt des Berichts nach Satz 3 bestimmen. Absatz 6 gilt entsprechend.““

### Begründung:

Mit der Regelung sollen die Transparenz über die Vergütungssituation der Vertragsärzte und die Ausgaben der Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen verbessert und eine sachgerechte und zeitnahe Information des Bewertungsausschusses, des Instituts

des Bewertungsausschusses, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie des Deutschen Bundestages zu den damit verbundenen Sachverhalten sichergestellt werden.

Satz 1 konkretisiert die Aufgaben des Bewertungsausschusses hinsichtlich seiner Verpflichtung, die Auswirkungen seiner Beschlüsse zu analysieren. Diese Aufgabe hat der Bewertungsausschuss zwar schon nach bisherigem Recht, es wird jedoch klargestellt, welche Analysen der Bewertungsausschuss dabei zu treffen hat. So haben die Analysen auch die Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen zu umfassen. Eine weitere Klarstellung bezieht sich auf die ab dem Jahr 2010 geplante Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize: Ärzte in unterversorgten Gebieten erhalten dann höhere Vergütungen, Ärzte in überversorgten Gebieten niedrigere Vergütungen als im Regelfall. Der Bewertungsausschuss wird zur Umsetzung dieses Reformschritts im Jahr 2009 einen ersten Beschluss fassen. Es wird daher klargestellt, dass der Bewertungsausschuss auch zu analysieren hat, ob und wie sich seine Beschlüsse auf die regionale Verteilung der ärztlichen Leistungserbringer auswirken.

Satz 2 ändert die Vorgaben hinsichtlich der an das BMG zu übermittelnden Informationen: Nach bisherigem Recht erhält das BMG vom Bewertungsausschuss jährlich jeweils bis zum 31. Dezember einen Bericht über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung des Vorjahres, d.h. Daten zur Entwicklung der ärztlichen Honorare im Jahr 2009 würde das BMG danach z.B. zum 31. Dezember 2010 erhalten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenärztliche Bundesvereinigung verfügen aber schon wesentlich früher über die Daten. Vor dem Hintergrund der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) enthaltenen grundlegenden Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems und der damit verbundenen Honorarauswirkungen ist eine aktuellere Datengrundlage auch für das BMG dringend erforderlich. Nur so kann das BMG in die Lage versetzt werden, die Auswirkungen der Reform auf die vertragsärztliche Versorgung in den einzelnen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf die Honorare der einzelnen Arztgruppen nachzuvollziehen und gegebenenfalls erforderlichen Anpassungsbedarf der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu erkennen. Die Informationen sind auch erforderlich, um die vielfach an das BMG herangetragenen Forderungen nach Anpassungen der Beschlüsse sinnvoll bewerten zu können. Deshalb wird nunmehr vorgegeben, dass das BMG vom Bewertungsausschuss vierteljährliche Informationen zu den Abrechnungsergebnissen erhält. Inhalt, Umfang und Zeitpunkt dieser Datenübermittlungen und Berichte bestimmt das BMG.

Mit Satz 3 wird die Vorlage des ausführlichen Berichts des Bewertungsausschusses um sechs Monate vorgezogen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der jährliche Bericht des Bewertungsausschusses auch Daten zur Entwicklung der Zahlen der Leistungserbringer im Rahmen der Bedarfsplanung zu enthalten hat, da der Bewertungsausschuss ab dem Jahr 2009 auch hier relevante Beschlüsse fasst.

Die für diese neuen Aufgaben des Bewertungsausschusses erforderlichen Daten sind nach § 87 Absatz 3f SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen über ihre Spitzenorganisationen dem Institut des Bewertungsausschusses zur Verfügung zu stellen. Der Bewertungsausschuss kann inhaltliche und verfahrensmäßige Vorgaben zu den erforderlichen Daten machen.

In Satz 4 wird vorgegeben, dass das BMG die Berichte des Bewertungsausschusses an den Deutschen Bundestag weiterzuleiten hat. Damit wird auch dieser in die Lage versetzt, die Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen nachzuvollziehen.

Mit der Neufassung von Satz 5 wird schließlich klargestellt, dass das BMG konkrete Vorgaben zu den Analysen der Beschlüsse des Bewertungsausschusses, zu Inhalt, Umfang und Zeitpunkt der vierteljährlichen Datenübermittlungen und Berichte sowie zu den Inhalten des jährlichen Berichts machen kann. In Satz 6 wird darüber hinaus klargestellt, dass das BMG bezüglich aller in § 87 Absatz 3a SGB V enthaltenen Aufgaben des Bewertungsausschusses die aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten nach Absatz 6 hat. Das BMG kann an Sitzungen teilnehmen, ihm sind die Analysen und Daten vorzulegen und es kann diese ggf. beanstanden bzw. z.B. weitere Informationen dazu anfordern.

## **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 6a - neu -

(Sicherung der Datengrundlagen für  
den Risikostrukturausgleich)

In Artikel 15 wird nach Nummer 6 folgende Nummer 6a eingefügt:

,6a. In § 120 Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „Abs. 1“ durch die Angabe „Absatz 1 und 4“ ersetzt.'

### Begründung:

Die Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern war bisher für die Abrechnungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren nicht vorgeschrieben. Im Kontext der Sicherung der Datengrundlagen für den morbiditätsorientierten RSA ist es erforderlich, Fehlerquellen, welche die Übermittlung und Aggregation der Daten betreffen, zu reduzieren und Manipulationsmöglichkeiten auszuschließen. Zu diesem Zweck ist dem sonst üblichen, in nahezu allen anderen Bereichen einheitlich hohen technischen Standard auch von diesen ambulanten Leistungserbringern Rechnung zu tragen.

## **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 6b - neu -

(Einbeziehung von Rechenzentren bei der Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus)

In Artikel 15 wird nach Nummer 6a - neu - folgende Nummer 6b eingefügt:

„6b. Dem § 120 wird folgender Absatz angefügt:

‘(6) Für die Abrechnung von im Krankenhaus in Notfällen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung kann das Krankenhaus Rechenzentren in Anspruch nehmen. Die Rechenzentren dürfen die übermittelten Daten in einer auf diese Zwecke ausgerichteten Weise verarbeiten und nutzen, soweit sie dazu vom Krankenhaus beauftragt worden sind. Das Krankenhaus hat dem zuständigen Datenschutzbeauftragten rechtzeitig vor der Auftragserteilung die in § 80 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch genannten Angaben schriftlich anzuzeigen. § 80 Absatz 6 Satz 4 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Dieser Absatz tritt am 31. Dezember 2010 außer Kraft.’“

### Begründung:

Zu Nummer 6b (§ 120 Absatz 6 – neu -)

Mit der neuen Regelung wird den Krankenhäusern die Befugnis eingeräumt, die im Rahmen einer Notfallbehandlung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen über ein Rechenzentrum, z.B. eine privatärztliche Verrechnungsstelle mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen. Die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einschaltung privatärztlicher Verrechnungsstellen ist nach einer Entscheidung der Bundessozialgerichts

vom 10. Dezember 2008 (Az.: B 6 KA 37/07 R) erforderlich geworden. Nach dieser Entscheidung ist für die von Krankenhäusern geübte Praxis der Datenübermittlung an privatärztliche Abrechnungsstellen zum Zwecke der Abrechnung ambulanter Krankenhausleistungen in Notfällen (§ 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Das Bundessozialgericht hat die bestehende Praxis nur noch übergangsweise für zwei Abrechnungsquartale, also bis zum 30. Juni 2009 zugelassen. Mit dem neuen Absatz 6 wird die vom Bundessozialgericht für erforderlich gehaltene Rechtsgrundlage geschaffen, um diese Abrechnungspraxis auch über den 30. Juni 2009 hinaus zu ermöglichen und insoweit datenschutzrechtlich abzusichern. Hierzu dient auch die in Satz 4 enthaltene Anzeigepflichtung an den zuständigen Datenschutzbeauftragten, wie sie z.B. auch für die Datenübermittlung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 6 SGB V besteht. Mit Satz 5 wird klargestellt, dass die beauftragten Rechenzentren als nicht-öffentliche Stellen hinsichtlich der Vorgaben des § 80 SGB X für die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten der Kontrolle durch die nach Landesrecht zuständige Aufsichtsbehörde unterliegen.

Die Regelung ist befristet bis zum Ende des Jahres 2010, da abzusehen ist, dass der Regelungsbedarf nur vorübergehend bestehen wird. Mit der Regelung soll für die der Entscheidung des Bundessozialgerichts zugrundeliegende Fallgestaltung über die eingeräumte kurze Übergangszeit hinaus eine Rechtsgrundlage zur Fortführung der bestehenden Abrechnungspraxis geschaffen werden. Da das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung einen sehr hohen Standard für den Datenschutz bei der Übermittlung von Daten an private Abrechnungsstellen formuliert hat, werden umfassendere gesetzliche Maßnahmen zur Absicherung dieses Standards zu prüfen sein. Die neue Regelung in Absatz 6 ist insoweit nur als kurzfristige gesetzgeberische Maßnahme bis zur Schaffung umfassenderer Regelungen zu sehen. Die Regelung ist ausdrücklich für den in dem Bundessozialgerichtsverfahren streitgegenständlichen Bereich der Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus geschaffen.

## **Änderungsantrag 12**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 10a - neu - (Zuweisungen für geschlossene Betriebskrankenkassen)

In Artikel 15 wird nach Nummer 10 folgende Nummer 10a eingefügt:

,10a. In § 147 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Betriebskrankenkassen nach Absatz 2 Satz 1, bei denen der Arbeitgeber auf seine Kosten die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Personen bestellt, leiten 70 v.H. ihrer Zuweisungen nach § 270 Absatz 1 Buchstabe c an den Arbeitgeber weiter. Trägt der Arbeitgeber die Kosten der für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen nur anteilig, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend. Die weitergeleiteten Beträge sind gesondert auszuweisen.“

### Begründung:

Geschlossene Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt, haben gemäß § 46 Abs. 3 Satz 5 SGB XI die von der Pflegekasse erstatteten personellen Verwaltungskosten an den Arbeitgeber weiterzuleiten. Es ist sachgerecht, diese Regelung sinngemäß auch auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben zu übertragen. Hierdurch werden die Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen Betriebskrankenkassen mit Personalkostentragung durch den Arbeitgeber und den übrigen Krankenkassen vereinheitlicht. Derzeit erhalten Betriebskrankenkassen mit Personalkostentragung durch den Arbeitgeber im Rahmen der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben Mittel zur Deckung von Personalkosten, die bei ihnen nicht anfallen. Diese Betriebskrankenkassen können

diese Mittel für andere Zwecke verwenden und haben insoweit einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil gegenüber den übrigen Krankenkassen. Durch die Verpflichtung zur Weiterleitung des auf die Personalkosten durchschnittlich entfallenden Anteils der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben werden die Wettbewerbsbedingungen vereinheitlicht.

Soweit der Arbeitgeber die gesamten Personalkosten der Betriebskrankenkasse trägt, erfolgt die Erstattung in Höhe von 70 v.H. der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben, da dieser Anteil dem durchschnittlichen Anteil der Personalkosten an den gesamten Bruttoverwaltungskosten entspricht. Trägt der Arbeitgeber nur einen Teil der Personalkosten der Betriebskrankenkasse, reduziert sich der von der Betriebskrankenkasse an den Arbeitgeber weiterzuleitende Betrag entsprechend.

Durch die Verpflichtung, die weitergeleiteten Beträge gesondert auszuweisen, wird Transparenz und Nachprüfbarkeit z.B. im Rahmen der Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung gewährleistet.

## **Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs.16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 10b - neu -

(Kinderfreibeträge/beitragsrechtliche  
Behandlung von weitergereichtem  
Pflegegeld)

In Artikel 15 wird nach Nummer 10a - neu - folgende Nummer 10b eingefügt:

10b. § 240 wird wie folgt geändert:

a) Nach § 240 Absatz 2 Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

"Ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches."

b) Der bisherige Satz 4 wird Satz 5.

c) Dem § 240 wird folgender Absatz 5 angefügt:

"(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten oder Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtig- te Kind, für das eine Familienversicherung wegen der Regelung des § 10 Absatz 3 nicht besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von ei- nem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen."

Begründung:

zu Buchstabe a)

Mit der Gewährung von Pflegegeld will der Gesetzgeber vor allem den Pflegebedürftigen ermöglichen, Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten, die ihre häusliche Pflege sicherstellen, eine finanzielle Anerkennung zukommen zu lassen.

Es stellt kein Entgelt für die von Angehörigen erbrachte Pflege dar, es soll vielmehr den Pflegebedürftigen die Möglichkeit geben, bei Bedarf die Pflegetätigkeit der Pflegeperson finanziell anzuerkennen. Dementsprechend geben die Pflegebedürftigen in aller Regel das Pflegegeld an die Pflegeperson weiter. Dabei kann das weitergereichte Pflegegeld bei der Pflegeperson auch der Sicherstellung ihres Lebensbedarfs dienen. Viele Pflegepersonen haben aufgrund der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eingeschränkt oder haben von der Aufnahme einer beabsichtigten Erwerbstätigkeit abgesehen und sind entsprechend für die finanzielle Unterstützung dankbar oder sind auch darauf angewiesen. Die Pflege ist meist sehr zeitaufwendig, mühsam und verlangt viel Opferbereitschaft. Wer zur familiären und ehrenamtlichen Pflege bereit ist, verdient Anerkennung. Das Pflegegeld ermöglicht nur eine Anerkennung, es ist von der Höhe her kein dem Aufwand entsprechender Verdienst. Diese Anerkennung soll nicht durch eine Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung geschmälert werden.

Der Änderungsantrag stellt daher gesetzlich klar, dass das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld im Sinne des § 37 Absatz 1 SGB XI keine beitragspflichtige Einnahme im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft darstellt. Dies gilt auch für weitergereichtes Pflegegeld, das der Pflegebedürftige von der privaten Pflege-Pflichtversicherung, anteilig von der Beihilfe oder nach entschädigungsrechtlichen Regelungen erhalten hat, soweit es insgesamt die Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 SGB XI nicht übersteigt. Sollte der Betrag des weitergereichten Pflegegeldes höher sein, ist der darüber hinausgehende Anteil beitragspflichtig.

zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

zu Buchstabe c)

Bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder wurden bzw. werden sowohl nach den Satzungsbestimmungen der einzelnen Krankenkassen bis zum Jahresende 2008 als auch nach den seit dem 1. Januar 2009 geltenden Beitragsverfahrensgrundsätzen des GKV-Spitzenverbandes die Einnahmen des privat versicherten Ehegatten berücksichtigt.

Hierbei können auch Kinderfreibeträge berücksichtigt werden. Entsprechendes hatte das Bundessozialgericht für zulässig erklärt, und zwar auch dann, wenn die Kinder beitragsfrei mitversichert sind. Allerdings hat das Bundessozialgericht diese Anrechnung nicht zwingend vorgegeben.

Die Regelung stellt sicher, dass für jedes gemeinsame unterhaltsberechtignte Kind ein Freibetrag abzusetzen ist.

Die Höhe des Freibetrags für familienversicherte Kinder (ein Fünftel der monatlichen Bezugsgröße), entspricht dem Betrag, der in der Vergangenheit bei den meisten Krankenkassen als Freibetrag berücksichtigt wurde.

Für nicht familienversicherte Kinder ist ein Freibetrag von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Eine Familienversicherung ist ausgeschlossen, wenn der privat versicherte Ehegatte mehr als derzeit 4.050 Euro monatlich verdient und sein Gesamteinkommen regelmäßig höher als das des Mitglieds ist. Das Kind ist dann entweder privat krankenversichert oder es besteht eine eigene freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Wert von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße (derzeit 840,- Euro) entspricht dem Betrag, der für Kinder ohne eigenes Einkommen im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beitragsbemessung in Ansatz zu bringen wäre (Mindestbeitrag).

## Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 11a - neu -

(Sicherung der Datengrundlagen für  
den Risikostrukturausgleich)

In Artikel 15 wird nach Nummer 11 folgende Nummer 11a eingefügt:

,11a. § 268 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Sofern die Erhebung nach Satz 1 Nummer 1 bis 7 Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen beinhaltet, dürfen ausschließlich Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen verarbeitet oder genutzt werden, die von den Krankenkassen nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden.“

b) Im bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

c) Im bisherigen Satz 12 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

d) Im bisherigen Satz 13 werden nach dem Wort „Datenerhebung“ ein Komma sowie die Wörter „Satz 2 gilt entsprechend“ eingefügt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Durch die Neuregelung wird klargestellt, dass Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs in Bezug auf die Leistungsbereiche der Nummern 1 bis 7 nur verarbeitet oder genutzt werden dürfen (vgl. § 67 Absatz 6 und 7 SGB X), wenn sie unter Einhaltung der Datenübermittlung nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden. Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen, die außerhalb oder unter Missachtung dieser Abrechnungswege erhoben wurden, dürfen damit für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs in Bezug auf die Leistungsbereiche der Nummern 1 bis 7 nicht verarbeitet oder genutzt werden.

Unberührt bleiben Bemühungen der Krankenkassen, im Rahmen der Abrechnungsprüfung die Übereinstimmung der abgerechneten Leistungen mit den Diagnosen zu überprüfen. Zu diesem Zweck besteht in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 eine gesonderte datenschutzrechtliche Ermächtigung. Der Rahmen wird durch § 106a Absatz 3 vorgegeben, eine direkte Übermittlung von Sozialdaten zwischen Krankenkassen und Ärzten ist nicht vorgesehen.

Zu Buchstaben b und c

Redaktionelle Folgeänderungen

Zu Buchstabe d

Mit dieser Ergänzung wird klargestellt, dass auch für die Regelungen in der RSAV gilt, dass Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen nur verarbeitet und genutzt werden dürfen, wenn sie unter Einhaltung der Abrechnungswege nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden.

## **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

- Drs. 16/12256 -

Zu Artikel 15 Nummer 11b - neu -

(Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich)

In Artikel 15 wird nach Nummer 11a – neu – folgende Nummer 11b eingefügt:

,11b. Nach § 272 wird folgender § 273 eingefügt:

### **„§ 273 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich**

- (1) Das Bundesversicherungsamt prüft im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach Maßgabe der folgenden Absätze die Datenmeldungen der Krankenkassen hinsichtlich der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14, insbesondere die Zulässigkeit der Meldung von Diagnose-daten und Arzneimittelkennzeichen. Die §§ 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 9 und 274 bleiben unberührt.
- (2) Das Bundesversicherungsamt unterzieht die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 5 einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit. Die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 4 und 6 bis 7 kann das Bundesversicherungsamt einer Prüfung zur Feststellung einer Auffälligkeit unterziehen. Die Prüfung erfolgt als kassenübergreifende Vergleichsanalyse. Der Vergleichsanalyse sind geeignete Analysegrößen, insbesondere Häufigkeit und Schweregrad der übermittelten Diagnosen, sowie geeignete Vergleichskenngrößen und Vergleichszeitpunkte zugrunde zu legen, um Veränderungen der Daten und ihre Bedeutung für die Klassifikation der Versicherten nach Morbidität nach § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erkennbar zu machen. Das Nähere, insbesondere einen Schwel-

lenwert für die Feststellung einer Auffälligkeit, bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

- (3) Das Bundesversicherungsamt erarbeitet gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. August 2009 Vorschläge für das Nähere zum Verfahren einschließlich der Feststellung einer Auffälligkeit sowie eines Korrekturbetrages. Bis zum 31. Dezember 2009 hat das Bundesministerium für Gesundheit als Verordnungsgeber unter Berücksichtigung der Vorschläge nach Satz 1 die zu den in Satz 1 genannten Gegenständen notwendigen Regelungen zu treffen.“

Begründung:

Zu Absatz 1

§ 268 Absatz 3 enthält Vorgaben für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs. § 268 Absatz 3 Satz 1 und 14 – neu – in Verbindung mit § 30 RSAV sieht u.a. vor, dass die Krankenkassen versichertenbezogen die Arzneimittelkennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V, die stationären Diagnosen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V in der Verschlüsselung nach § 301 Absatz 2 Satz 1 SGB V und die ambulanten Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu erheben haben. In § 268 Absatz 3 Satz 2 und 14 SGB V – neu – wird klargestellt, dass Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen für die Leistungsbereiche des § 268 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 7 SGB V nur verarbeitet oder genutzt werden dürfen, wenn sie unter Einhaltung der Datenübermittlung nach den §§ 294 bis 303 SGB V erhoben wurden.

Dem Bundesversicherungsamt (BVA) als für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zuständige Stelle wird die Befugnis eingeräumt zu überprüfen, ob die am RSA beteiligten Krankenkassen – bundesunmittelbare und landesunmittelbare – diese rechtlichen Vorgaben eingehalten haben, um die einheitliche Verwendung der Daten für den RSA sicherzustellen und Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern. Die Befugnisse der Prüfdienste bleiben unberührt.

Bereits nach der geltenden Rechtslage werden zwar Daten, die erhebliche Fehler aufweisen, bei der Ermittlung der Risikozuschläge nicht berücksichtigt (§ 30 Absatz 4 Satz 4 RSAV in der Fassung der 19. RSA-ÄndV). Bislang hatte das BVA aber keine Möglichkeit festzustellen, ob die von den Krankenkassen gemeldeten Daten unter Missachtung der Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1 und 14 – neu – erhoben wurden und damit als fehlerhaft anzusehen waren. Bei der mit dieser Vorschrift eingeführten Prüfung der Datenmeldungen durch das BVA handelt es sich um eine erweiterte Plausibilitätsprüfung, die das BVA an den gemeldeten Daten vor ihrer Verwendung im RSA vornimmt. Damit soll

sichergestellt werden, dass Datenmeldungen, die nicht den Vorgaben des § 268 Absatz 3 Satz 1, 2 und 14 entsprechen, nicht zu erhöhten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen. Schwerpunkt der Prüfung wird die Meldung ambulanter Diagnosen im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 sein.

Der Bund verfügt über die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG (Sozialversicherung). Die Einführung und Durchführung des RSA einschließlich der durchzuführenden Prüfungen ist eine Maßnahme der Sozialversicherung und daher von der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG umfasst (vgl. BVerfGE 113, 167, 195 ff.).

#### Zu Absatz 2

Das BVA kann die Daten nach § 268 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 4 und 6 bis 7 SGB V einer Prüfung unterziehen, um Auffälligkeiten festzustellen. Die gemeldeten ambulanten Diagnosen werden einer solchen Prüfung unterzogen. Die gemeldeten Daten der Krankenkassen werden kassenübergreifenden Vergleichsanalysen unterzogen. Im Rahmen dieser Vergleichsanalysen werden in der Regel sowohl die prozentuale Verteilung der Merkmale innerhalb der aktuellen Datenlieferung als auch die Veränderungsraten des betrachteten Merkmals bezogen auf die einzelnen Quartale der Datenlieferung sowie auf die Vorjahreslieferung geprüft. Eine geeignete Analysegröße ist beispielsweise die durchschnittliche Zahl der Diagnosen je Versicherten, geeignete Vergleichskenngößen die durchschnittliche Zahl der Diagnosen je Versicherten bei einer Krankenkasse im Vergleich zum GKV-Durchschnitt oder zum Durchschnitt der Krankenkassen in derselben Region. Ziel ist es, Veränderungen der gemeldeten Daten im Hinblick auf ihre Auswirkungen im Versichertenklassifikationsmodell festzustellen.

Das BVA bestimmt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zum Prüfverfahren, insbesondere einen Schwellenwert. Damit wird sichergestellt, dass nur signifikante Abweichungen bei den gemeldeten Daten als auffällig gelten.

#### Zu Absatz 3

Das Bundesversicherungsamt erarbeitet gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. August 2009 Vorschläge für das Nähere zum Verfahren einschließlich der Feststellung einer Auffälligkeit sowie eines Korrekturbetrages. Bis zum 31. Dezember 2009 hat das Bundesministerium für Gesundheit als Verordnungsgeber unter

Berücksichtigung der Vorschläge nach Satz 1 die zu den in Satz 1 genannten Gegenständen notwendigen Regelungen zu treffen.