



29. September 2008

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zu den Änderungsanträgen
zum Entwurf für ein „Gesetz zur
Weiterentwicklung der Organisations-
strukturen in der gesetzlichen
Krankenversicherung“ (GKV-OrgWG),
Ausschussdrucksache 16(14)0413**

AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Neue Anschrift ab 15.10.2008:
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin



Inhaltsübersicht

Stand: 29. September 2008

Änderungsantrag Nr. 01.....	2
Änderungsantrag Nr. 04.....	3
Änderungsantrag Nr. 05 (sowie Änderungsanträge 02, 03, 29).....	5
Änderungsantrag Nr. 06.....	9
Änderungsantrag Nr. 07.....	11
Änderungsanträge Nr. 08, 16, 32 und 33.....	12
Änderungsantrag Nr. 09.....	16
Änderungsantrag Nr. 10.....	18
Änderungsantrag Nr. 11.....	19
Änderungsantrag Nr. 12.....	20
Änderungsantrag Nr. 13.....	21
Änderungsantrag Nr. 14.....	23
Änderungsantrag Nr. 15.....	26
Änderungsantrag Nr. 17.....	28
Änderungsantrag Nr. 18.....	29
Änderungsantrag Nr. 19.....	30
Änderungsantrag Nr. 20.....	31
Änderungsantrag Nr. 21.....	33
Änderungsantrag Nr. 22.....	34
Änderungsantrag Nr. 23.....	36
Änderungsantrag Nr. 24.....	37
Änderungsantrag Nr. 25.....	38
Änderungsantrag Nr. 26.....	39
Änderungsantrag Nr. 27.....	40
Änderungsantrag Nr. 28.....	41
Änderungsantrag Nr. 31.....	42
Änderungsantrag Nr. 32.....	43
Änderungsantrag Nr. 33.....	44
Änderungsantrag Nr. 34.....	45
Änderungsantrag Nr. 35.....	46
Änderungsantrag Nr. 36.....	47
Änderungsantrag Nr. 38.....	49
Änderungsantrag Nr. 39.....	50
Änderungsantrag Nr. 40.....	51
Änderungsantrag Nr. 41.....	52
Änderungsantrag Nr. 42.....	53
Änderungsantrag Nr. 43.....	54
Änderungsantrag Nr. 44.....	56
Änderungsantrag Nr. 45.....	57
Änderungsantrag Nr. 46.....	58
Stellungnahme des AOK-Bundesverband zum Verfahren der möglichen Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	59



Änderungsantrag Nr. 01

§ 6 Abs. 3 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Einführung von Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V für Beihilfeberechtigte, die über keine ergänzende Restkostenversicherung verfügen, so dass Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für diesen Personenkreis ausscheidet.

B. Stellungnahme

Der zum 01.01.2009 beabsichtigte Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für ausschließlich Beihilfeberechtigte ist systemkonform.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 04

§ 33 SGB V

A. Beabsichtigte Änderung des bisherigen Gesetzesentwurfes bzw. beabsichtigte Neuregelung

In Artikel 1 wird nach Nummer 1b folgende Nummer 1c eingefügt:

,1c. § 33 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt“ gestrichen.

b) Absatz 7 Satz 2 wird aufgehoben.’

a) § 33 Abs. 6 Satz 1 regelt das Wahlrecht des Versicherten hinsichtlich der Hilfsmittel-Leistungserbringer. Bis 31.12.2008 können neben Vertragspartnern der Krankenkasse im Rahmen einer Übergangsfrist Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die am 31.03.2007 über eine Zulassung verfügt haben. Nach Streichung des unter a) genannten Passus besteht ein Wahlrecht nur noch zwischen den Vertragspartnern der Krankenkasse.

b) In Absatz 7 Satz 2 ist bisher geregelt, in welcher Höhe die Krankenkasse die Kosten für eine Hilfsmittelversorgung übernommen werden, wenn der Versicherte einen nach § 126 Abs. 2 SGB V versorgungsberechtigten Leistungserbringer wählt, der nicht Vertragspartner ist.

B. Stellungnahme

Bei a) handelt es sich um eine redaktionelle Änderung, nach Ablauf der Übergangsfrist des § 126 Abs. 2 SGB V ist die Regelung nicht mehr erforderlich. Dies gilt allerdings nur für den Fall, dass die Übergangsfrist nicht verlängert wird (siehe hierzu auch unsere Stellungnahme zu Nr. 13) bzw. dass gleichzeitig mit der Verlängerung eine Änderung der Auswirkung der Übergangsfrist, wie in Änderungsantrag 13, Buchstabe c beschrieben, vorgenommen wird.

Die Streichung der korrespondierenden Regelung des Absatz 7 Satz 2 durch b) ist ebenfalls nur eine redaktionelle Änderung.



**C. Zustimmung/ Ablehnung, ggf. ergänzender/abweichender
Änderungsvorschlag**

Zustimmung unter der Voraussetzung, dass die Übergangsfrist nach § 126 Abs. 2
SGB V nicht oder nur mit gleichzeitiger Änderung ihrer Wirkung verlängert wird.



Änderungsantrag Nr. 05 (sowie Änderungsanträge 02, 03, 29) **§ 33a SGB V**

A. Beabsichtigte Neuregelung

Einfügung eines § 33a zur enteralen Ernährung:

Entsprechend § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist derzeit in den Arzneimittel-Richtlinien des G-BA festgelegt, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung in die Versorgung der Versicherten mit einbezogen sind.

Mit der vorgesehenen Neuregelung durch Einführung des § 33a SGB V wird ein direkter Anspruch der Versicherten definiert. Dieser wird zudem ausgeweitet auf allgemein diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke zur enteralen Nahrungsaufnahme, vorausgesetzt, dass eine Modifizierung der normalen Kost, der Einsatz einer anderen Ernährung oder ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Situation nicht ausreichen.

Es ist vorgesehen, dass der G-BA in seinen Richtlinien konkretisierende Maßnahmen und Voraussetzungen benennt. Des Weiteren soll - ähnlich wie bei den Medizinprodukten - ein Antragsverfahren etabliert werden. Seitens des G-BA positiv beschiedene bilanzierte Diätprodukte werden in einer Übersicht in den Arzneimittel-Richtlinien zusammengestellt.

Dabei soll die selektive Vertragsmöglichkeit nach § 127 SGB V erhalten bleiben.

B. Stellungnahme

Bei der aktuell gültigen Regelung des Anspruchs im Abschnitt E: Enterale Ernährung der Arzneimittel-Richtlinien handelt es sich um die Ersatzvornahme gemäß § 94 Abs.1 Satz 3 SGB V des damaligen BMGS vom 27.04.2005. Damit hatte das Ministerium den Richtlinienbeschluss faktisch in seinem inhaltlichen Kernbestand aufgehoben: Der Beschlusstext des G-BA vom 15.02.2005 hatte die medizinisch notwendigen Fälle differenziert aufgeführt, bei denen eine enterale Ernährung eine Leistung der GKV darstellt. Gegen die Ersatzvornahme hat der G-BA Klage



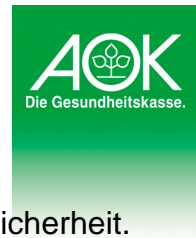
eingereicht; das Verfahren dauert an (vgl. SG Köln, Urteil vom 21.03.2007 – S 19 KA 27/05; Berufung anhängig beim LSG NRW – L 11 (10) KA 40/07).

Mit einer Entscheidung am 28.02.2008 hatte der BGS mitgeteilt, dass aus den bestehenden Regelungen nach SGB V keine Rechtsgrundlage für die vom BMGS erlassene Ersatzvornahme mit der darin enthaltenen Öffnungsklausel abgeleitet werden könne. Mit dem vorliegenden Entwurf soll diesem Umstand abgeholfen werden; er weitet den Leistungsanspruch gegenüber der Regelung im § 31 SGB V aus, in der vier Produktgruppen genannt werden.

In seiner Begründung stellt der Entwurf zur Neuregelung des § 33 a SGB V klar, dass „etwa glutenfreie Spezialmehle, laktosefreie Milchprodukte, phenylalaninfreie Fertigprodukte und andere Lebensmittel“ sowie „die Versorgung mit Lebensmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln, so genannter Krankenkost und anderen diätetischen Lebensmitteln als bilanzierten Diäten grundsätzlich nicht zu den Aufgaben der GKV gehören“; diese Auffassung teilen wir.

Jedoch führt bereits die Ersatzvornahme des BMGS in mehreren Ziffern Einschränkungen in der Verordnungsfähigkeit auf, die sich in der Neufassung des § 33 a SGB V nicht wiederfinden: Unter der Ziffer 15.4.4 des nach Ersatzvornahme gültigen Abschnitts der Arzneimittel-Richtlinie werden Indikationen für nicht verordnungsfähige Produkte benannt, unter den Ziffern 15.4.5 und 15.4.6 weitere Kriterien, bei denen Produkte nicht verordnungsfähig sind. Derartige Konkretisierungen fehlen bei der zur Rede stehenden Neuregelung der enteralen Ernährung gänzlich. Eine Umsetzung dieser Regelung hätte damit eine zusätzliche Leistungsausweitung zur Folge, bei der auch bislang durch die Ersatzvornahme nicht als sinnvoll erachtete Produkte erstattungsfähig würden.

Die vorgeschlagene Gesetzesregelung lässt zudem aus unserer Sicht wichtige Grundsätze außer Acht: Sowohl aus medizinischer als auch aus ethischer Sicht sollte es das Ziel der medizinischen und pflegerischen Versorgung sein, die normale Essfähigkeit der Patienten im Interesse der Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten. Satz 1 formuliert neben der Nennung von Stoffwechseldefekten im folgenden Punkt 2 allgemein die fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit zu einer ausreichenden, normalen Ernährung, falls andere Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungslage nicht ausreichen.



Diese Regelung bringt jedoch für den verordnenden Arzt keine Rechtssicherheit. Vielmehr überträgt sie ihm für jeden Einzelfall die gesamte Verantwortung bei der Entscheidung über eine Verordnung von enteraler Ernährung zu Lasten der GKV. Die vorgesehene Formulierung in Satz 2 von „gegebenenfalls nähere(n) Anwendungsvoraussetzungen“, welche im Übrigen nur optional ist, stellt aus unserer Sicht nur unzureichend einen für den verordnenden Arzt Klarheit schaffenden Bezug her.

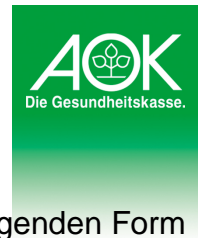
Es wäre an dieser Stelle sinnvoller, an den G-BA die Aufforderung zur richten, in seinen Richtlinien Krankheitsbilder zu definieren, in denen dem Patienten durch eine künstliche Ernährung in der Behandlung bzw. Linderung seiner Erkrankung wirklich geholfen werden kann. Für Notlageindikationen und ggf. seltene Erkrankungen sollte zusätzlich eine Ausnahmeregelung aufgenommen werden. Eine derartige Regelung, konkretisiert in den Richtlinien, würde zu einer nachweisbaren Verbesserung der Versorgungsqualität führen und wäre für den Vertragsarzt eindeutig. Die daraus sich ergebende indikationsbezogene Definition der Leistungspflicht sollte anhand evidenzbasierter Kriterien aufgestellt werden.

Des Weiteren sollte im Sinne eines Gesamtkonzepts der G-BA ermächtigt werden, in den Richtlinien allgemeine Grundsätze zur Verordnung der enteralen Ernährung festzulegen, welche insbesondere auch zu fordernde Dokumentations- und Nachweispflichten beinhalten. So muss vor Einsatz solcher Produkte sicher gestellt sein, dass prophylaktische sowie pflegerische und ernährungstherapeutische Maßnahmen nicht zum Erfolg führten. Des Weiteren bedarf eine drohende bzw. festgestellte Mangelernährung einer regelmäßigen klinischen Einschätzung des Ernährungszustandes sowie einer regelmäßigen, zu protokollierenden Gewichtskontrolle des Patienten.

C. Änderungsvorschlag

Insgesamt ergeben sich folgende Änderungsvorschläge:

1. Die Neuregelung des § 33a SGB V sollte ersatzlos gestrichen werden.
2. Damit erübrigen sich auch die Folgeänderungen (**Änderungsanträge 2, 3, 10 und 29**), welche ebenso zu streichen sind.



3. Wir schlagen weiterhin eine Änderung des § 31 SGB V in der folgenden Form vor:

Einfügen in Abs. 1 nach Satz 2:

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 allgemeine Verordnungsgrundsätze fest und konkretisiert Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation sowie den Nachweis- und Dokumentationspflichten.



Änderungsantrag Nr. 06

§ 35 Abs. 5 Satz 7 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

§ 35 SGB V über Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel ist bisher in Absatz 5 Satz 7 wie folgt formuliert: „Für die Zahl der Verordnungen sind die zum Zeitpunkt des Berechnungstichtages zuletzt verfügbaren Jahresdaten des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung zu Grunde zu legen“. Die Neuregelung sieht vor, daraus folgende Änderung vorzunehmen: „Für die Zahl der Verordnungen sind die zum Zeitpunkt des Berechnungstichtages zuletzt verfügbaren Jahresdaten **nach § 84 Abs. 5** zu Grunde zu legen.“

In § 84 werden die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen und Richtgrößen behandelt und in § 84 Abs. 5 werden die entsprechenden Daten für die Berechnung der Ausgabenvolumen beschrieben. Dabei muss zwischen dem tatsächlichen Ausgabenvolumen, basierend auf den geprüften Verordnungsdaten nach Abrechnungsprüfung, und den Schnellinformationen, basierend auf ungeprüften Verordnungsdaten, unterschieden werden.

B. Stellungnahme

Da der Spitzenverband Bund sowohl für die Festbetragsfestsetzung nach § 35 SGB V wie auch mit der Sammlung und Aufbereitung der Daten nach § 84 Abs. 5 SGB V vom Gesetz beauftragt ist, erscheint eine Änderung der Datenbasis im Rahmen der Festbetragsfestsetzung begründbar.

Da der bisher genutzte Arzneimittelindex der Gesetzlichen Krankenkassen auf den ungeprüften Daten nach § 84 Abs. 5 Satz 4 SGB V basiert, wird davon ausgegangen, dass der Spitzenverband Bund sicherstellt, dass Datenqualität und Datenfüllstand der Datennutzung im Kontext Festbetragsfestsetzung ausreichen. Eine Konkretisierung auf die Nutzung der frühzeitig im folgenden Jahr vorliegenden ungeprüften Verordnungsdaten nach § 84 Abs. 5 Satz 4 und 5 SGB V erscheint notwendig, da die nach § 84 Abs. 5 Satz 1 SGB V geprüften Verordnungsdaten zum Zeitpunkt der Nutzung für die Festbetragsfestsetzung ggf. noch nicht vorliegen. Für diese Konkretisierung spricht die Schutzfunktion für die Krankenkassen: Es könnte die Diskussion aufkommen, dass die Krankenkassen früher im Jahr die geprüfte Verordnungsdaten bereitstellen sollen. Gegen diese Konkretisierung spricht möglicherweise: Industrie könnte den expliziten Hinweis auf die Nutzung der



ungeprüften Verordnungsdaten im Kontext Festbetragsfestsetzung nutzen, um das Verfahren anzugreifen.

C. Änderungsvorschlag

,1e. In § 35 Abs. 5 Satz 7 werden die Wörter „des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „nach § 84 Abs. 5 **Satz 4 und 5**“ ersetzt.'



Änderungsantrag Nr. 07

§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung des § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird „Sozialmedizinische Nachsorge“ zur Rechtsanspruchsleistung sowie zur Sachleistung. Der Kreis der anspruchsberechtigten Kinder wird ausgeweitet (bis zum 14. bzw. 18. Lebensjahr). Zudem wird klargestellt, dass der Anspruch nicht nur nach stationärer, sondern auch nach teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung zu erfüllen ist.

B. Stellungnahme

Der Bedarf der bereits 2004 eingeführten Leistung (bisher Ermessensleistung und Möglichkeit der Förderung) ist in der Praxis unterschiedlich. Je nach Stand des Überleitungsmanagements durch das Krankenhaus/die Reha-Einrichtung, ggf. Integrierter Versorgung bzw. des Versorgungsmanagements im Sinne § 11 SGB V entstehen additive Strukturen und Möglichkeiten zur Leistungsverlagerung.

C. Änderungsvorschlag

Beibehaltung der Fördermöglichkeit



Änderungsanträge Nr. 08, 16, 32 und 33

A. Beabsichtigte Änderung des bisherigen Gesetzesentwurfes bzw. beabsichtigte Neuregelung

1. Änderungsantrag Nr. 8:

Mit der Ergänzung in § 69 SGB V werden Teile der vergaberechtlichen Regelungen (§§ 97 bis 106 GWB) auch für die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen zu den Leistungserbringern jedenfalls bei den Selektivverträgen anwendbar. Der Gesetzgeber sieht aber ausdrücklich keine entsprechende Anwendung vor, so dass das Vergaberecht nur anzuwenden ist, wenn auch die vergaberechtlichen Voraussetzungen (also insbesondere ein öffentlicher Auftraggeber und ein öffentlicher Auftrag) vorliegen. Zudem wird die Anwendung dahin gehend eingeschränkt, dass der Versorgungsauftrag besonders zu berücksichtigen ist (Absatz 2 Satz 3). Mit der Einbeziehung der §§ 107 bis 115 GWB wird zudem vorgeschrieben, dass gegen Vergabeentscheidungen der Krankenkassen zunächst das Nachprüfungsverfahren vor den Vergabekammern stattfindet.

2. Änderungsantrag Nr. 16

§ 130a Absatz 9 SGB V (Sozialgerichtsweg bei Arzneimittelrabattverträge wird gestrichen).

3. Änderungsantrag Nr. 32

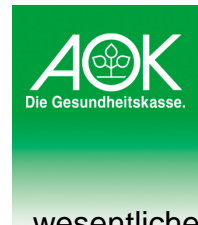
Einführung der ausschließlichen Zuständigkeit der Landessozialgerichte in § 29 SGG für Streitigkeiten über Entscheidungen der Vergabekammern nach § 69 SGB V

4. Änderungsantrag Nr. 33

Einführung der ausschließlichen Zuständigkeit der Landessozialgerichte in § 116 GWB für Streitigkeiten über Entscheidungen der Vergabekammern nach § 69 SGB V

B. Stellungnahme

Die Regelung der Änderungsanträge Nr. 8, 16, 32 und 33 sind im Zusammenhang zu bewerten. Die Regelung haben zum Ziel, das Vergaberecht auf Selektivverträge von Krankenkassen in §§ 69 ff SGB V anzuwenden.



Die Änderungsanträge sind zu begrüßen; sie berücksichtigen wesentliche Forderungen an eine Anwendung des Vergaberechts im Bereich der sozialrechtlichen Vertragsbeziehungen zu Leistungserbringern. Die Änderungen müssen jedoch in einigen Punkten präzisiert und redaktionell überarbeitet werden.

Im Einzelnen:

Positiv ist zu vermerken, dass der Gesetzgeber nicht die entsprechende, sondern die unmittelbare Anwendung der vergaberechtlichen Vorschriften zur Anwendung bringt. Damit müssen zukünftig die Sozialgerichte die einzelnen Tatbestandsmerkmale des Vergaberechts prüfen und können nicht durch eine „entsprechende“ Anwendung darüber hinweggehen. Dies hatte in der Vergangenheit zu einer erheblichen Verunsicherung geführt, da nicht vorhersehbar war, welche Normen von den Gerichten herangezogen werden.

Weiterhin enthält der Vorschlag in § 69 Absatz 2 Satz 3 SGB V die Anordnung, dass der Versorgungsauftrag der Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist. Damit kommt der Vorrang der sozialrechtlichen Versorgungsverpflichtungen vor einzelnen Bestimmungen des Vergaberechts deutlich zum Ausdruck.

Nicht enthalten im Vorschlag sind Detailregelungen zu den einzelnen Selektivvertragsarten. Im Interesse der Rechtssicherheit der Ausschreibungen ist es erforderlich, dass der Gesetzgeber klarstellt, welche Normen des Vergaberechts bei welchen Verträgen anzuwenden sind. Allerdings ist eine solche detaillierte Regelung kaum im Zeitrahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens einführbar.

Positiv ist insbesondere auch die ausdrückliche Zuständigkeitszuweisung zu den Landessozialgerichten in den Änderungsanträgen Nr. 32 und Nr. 33 zu bewerten. Die bisherigen gerichtlichen Verfahren haben gezeigt, dass die Zivilgerichte häufig den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen nicht hinreichend berücksichtigen. Da die Änderungsanträge Nr. 32 und Nr. 33 die erst- und letztinstanzliche Zuständigkeit der Landessozialgerichte vorsehen, erscheint es vertretbar, in § 69 SGB V als Verwaltungsinstanz ein vergaberechtliches Nachprüfungsverfahren der Vergabekammern vorzuschalten, wie es der Antrag vorsieht.

Im Detail sollten aber unbedingt folgende Punkte berücksichtigt werden, damit die Änderungsanträge die gesetzgeberische Intention erfüllen:



- a) Es ist ein Hinweis auf § 127 GWB aufzunehmen, der die Geltung der vergaberechtlichen Rechtskaskade (insbesondere VgV, VOL/A - 2. Abschnitt) sichert.
- b) Der Änderungsantrag Nr. 16 geht davon aus, dass Arzneimittelrabattverträge nach § 130a Absatz 8 SGB V als Rechtsbeziehungen nach § 69 SGB V anzusehen sind und eine Spezialzuweisung deshalb überflüssig ist. Rein formal kann dieser Rechtsansicht jedoch entgegen gehalten werden, dass die Vertragspartner nach § 130a Absatz 8 SGB V „pharmazeutische Unternehmen“ sind. Da § 69 SGB V die Rechtsbeziehungen zu Leistungserbringern regelt, aber „pharmazeutische Unternehmen“ nicht zu den Leistungserbringern zählen, sollte deren Einbeziehung klargestellt werden.

C. Änderungsvorschlag

Zustimmung mit folgenden ergänzenden/ berichtigenden Vorschlägen:

1. Vorschlag zu § 69 SGB V (Änderungsantrag Nr. 8):

In Artikel 1 wird nach Nummer 1f folgende Nummer 1g eingefügt:

1g. § 69 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1 und Satz 2 wird aufgehoben.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend; die §§ 97 bis 115 **sowie 127** des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Satz 1 gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt. Die in Satz 1 genannten Vorschriften gelten mit der Maßgabe, dass der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist.“

Begründung:

Die Bezugnahme auf § 127 GWB sichert die Geltung der vergaberechtlichen Rechtskaskade außerhalb des GWB (insbesondere VgV, VOL/A - 2. Abschnitt).

....



2. Vorschlag zu § 130a Absatz 9 SGB V (Änderungsantrag Nr. 16)

In Artikel 1 wird nach Nummer 2d folgende Nummer 2e eingefügt:

„2e. § 130a Abs. 9 wird um folgenden Satz 2 ergänzt:
(9) § 69 Absatz 2 ist anzuwenden.“

Begründung:

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zu den in diesem Gesetz vorgenommenen Änderungen von § 29 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und § 116 Abs. 3 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB). Nach diesen Vorschriften ist gegen Entscheidungen der Vergabekammern in vergaberechtlichen Streitigkeiten bei Rechtsbeziehungen nach § 69 der Rechtsweg zu den Landessozialgerichten eröffnet. Die besondere Rechtswegzuweisung in § 116 Abs. 3 2. Halbsatz GWB und § 29 Abs. 5 SGG soll auch vergaberechtliche Streitigkeiten über das Zustandekommen von Arzneimittelrabattverträgen nach § 130a Abs. 8 erfassen, was mit dem geänderten Wortlaut des Absatz 9 klargestellt wird. Die Zuständigkeit der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit für sonstige – d. h. nicht vergaberechtliche – Streitigkeiten im Zusammenhang mit Rabatten nach § 130a bleibt von dieser Änderung unberührt, da sich die Rechtswegzuweisung zur Sozialgerichtsbarkeit aus § 51 Abs. 1 Nr. 10 SGG ergibt.



Änderungsantrag Nr. 09

§ 73b SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen gemäß § 73b Abs. 4 SGB V allein oder in Kooperationen Verträge vorrangig mit Gemeinschaften schließen, die im Bezirk einer KV mehr als 50 Prozent der Allgemeinärzte vertreten. Für diese Verträge wird in Absatz 4a ein Schiedsverfahren außerhalb der KV geregelt.

Erst wenn Verträge mit den Gemeinschaften nach Satz 1 zustande gekommen sind oder bei Nichtzustandekommen kein Schiedsverfahren eingeleitet wurde, können die Krankenkassen auch mit Nichtallgemeinärzten oder ermächtigten Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge schließen. Für solche Verträge neben den Allgemeinärztlichen Gemeinschaften ist ein Schiedsamt nicht anrufbar.

B. Stellungnahme

Die Regelung verweist kollektivvertragliche Mechanismen von „Kontrahierungszwang“ und „Schiedsamtsfähigkeit“ aus der Sphäre der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Sphäre der „Gemeinschaften von Allgemeinärzten“.

Damit wird ein Versorgungsbereich, den der Gesetzgeber aus dem kollektivvertraglichen Bereich herausgenommen hatte, um ihn wettbewerblich zu gestalten, mit systemfremden Mitteln strukturiert.

Eine möglicherweise in der Perspektive angelegte Verpflichtung zur Teilnahme der Versicherten wird als Einschränkung der Wahlfreiheit abgelehnt.

Während für KVen eine Fülle von Regelungen gesetzlicher Arzt bestehen, die dies näher ausgestalten und binden, sind den Gemeinschaften von Allgemeinärzten solche Regelungen fremd. Es ist mithin zunächst nicht gewährleistet, dass die Pflicht-Vertragspartner der Krankenkassen dauerhaft hinreichende Anbiereigenschaften haben. Die geplante Neuregelung ist somit abzulehnen.



C. **Änderungsvorschlag**

Auf den „Kontrahierungszwang“, die „Schiedsamtsfähigkeit“ und die Vorrangstellung der Gemeinschaften der Allgemeinärzte wird verzichtet.

Es sollte stattdessen Konsequenz in der Weise auf Wettbewerb gesetzt werden, dass nicht alle Krankenkassen Hausarztverträge anbieten müssen, sondern die Krankenkassen, dies aus eigenem wettbewerblichen Interesse im Rahmen erweiterter selektivvertraglicher Möglichkeiten tun.



Änderungsantrag Nr. 10

§ 92 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

a) Es handelt sich um eine Folgeregelung zur enteralen Ernährung (siehe Änderungsantrag Nr. 5

b) Die Regelung bewirkt eine Vereinheitlichung der Stellungnahmeberechtigten bei Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Arzneimittelrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 sowie bei Therapiehinweisen nach § 92 Abs 2 Satz 7

B. Stellungnahme

a) Die Folgeregelung des § 33a ist, wie in der Stellungnahme zu Änderungsantrag Nr. 5 ausführlich erläutert wurde, ebenfalls zu streichen.

b) Die Erweiterung der Stellungnahmeberechtigung nach ist aus unserer Sicht in Ordnung. Der G-BA hat sowieso (unter Mitarbeit des BMG) in seiner der Verfahrensordnung die Stellungnahmeberechtigung der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände eingearbeitet; eine Gesetzesänderung wäre demnach nicht nötig gewesen, ist aber unschädlich.

C. Änderungsvorschlag

a) Streichung

b) keiner



Änderungsantrag Nr. 11

§ 95 Abs. 7 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Während bisher für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit eine Altersgrenze von 68 Jahren gilt, die nur in unterversorgten Gebieten aufgehoben werden kann, soll mit der Neuregelung die Altersgrenze vollständig aufgehoben und eine Übergangsregelung für diejenigen Ärzte eingefügt werden, die im Jahr 2008 das 68. Lebensjahr vollenden.

B. Bewertung:

In der Begründung wird auf die demografische Entwicklung verwiesen, die das bestehende Berufshindernis für Vertragsärzte nicht mehr sachgerecht erscheinen lässt. Zum anderen soll mit der Aufhebung der Altersgrenze den Ärzten mehr Planungssicherheit gegeben werden. Wieso eine alternde Bevölkerung auch von älteren Ärzten versorgt werden soll, ist dabei nicht sachlogisch nachvollziehbar. Alte, aber v. a. multimorbide Menschen brauchen junge, tatkräftige Ärzte. Insofern wären eher Mittel in die Ausbildung von Ärzten zu lenken, als in die Vergütung überalterter Ärzte.

Die Begründung für die Einführung der Altersgrenze ist weiterhin gültig. Die Aufhebung der Altersgrenze würde außerdem Auswirkungen auf die Altersgrenze für die Zulassung haben. Die Rechtsprechung geht davon aus, dass ein Arzt die Kosten für die Niederlassung in der Zeit seiner Tätigkeit refinanzieren muss. Da die Dauer der Tätigkeit durch die Altersgrenze beschränkt war, ist aktuell die Altersgrenze für die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit bei 55 Jahren festgelegt. Der Wegfall der Altersgrenze würde hier eine weitere Ausdehnung der ärztlichen Niederlassung erlauben, mit der Folge, dass Ärzte in kürzester Zeit Praxisinvestitionen über eine Ausweitung ihrer Abrechnung finanzieren müssen

C. Zustimmung/ Ablehnung, ggf. ergänzender /abweichender Änderungsvorschlag

Der Neuregelung kann nicht zugestimmt werden. Die bestehenden Ausnahmeregelungen von der Altersgrenze bei Unterversorgung sind zielgerichteter und ausreichend.



Änderungsantrag Nr. 12

§ 103 Abs. 4 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll erreicht werden, dass die Beschränkung des Versorgungsauftrages mit dem Verzicht auf vertragsärztliche Zulassung gleichgesetzt wird.

B. Bewertung

Die Ergänzung des § 103 Abs. 4 SGB V dient der Klarstellung der mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz angestrebten und zu begrüßenden Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten von Ärzten sowie zur Bewältigung von Unterversorgungssituationen.

C. Änderungsvorschlag

Dem Änderungsantrag ist zuzustimmen.



Änderungsantrag Nr. 13

§ 126 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vermeidung von redundanten Überprüfungen der Eignung des Leistungserbringers bei jedem Vertragsschluss wird ein Präqualifizierungsverfahren eingeführt.

B. Stellungnahme

Das in der Gesetzesbegründung genannte Ziel, überflüssigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden, ist sicherlich zu begrüßen, wird aber durch die vorgesehene Gesetzesformulierung nicht erreicht. So ist die angedachte Ausgestaltung des Verfahrens im Vereinbarungswege zwischen Spitzenverband Bund und allen maßgeblichen Leistungserbringerorganisationen wegen der widerstreitenden Interessen kaum und wenn nur mit erheblichen Zeitbedarf zu realisieren. Zudem ist der Aufbau einer Infrastruktur von „geeigneten Stellen“ zur Durchführung der Präqualifizierung notwendig, daneben müssen Informationskanäle über erfolgreiche Bestätigungen bzw. Aberkennungen der Zertifikate geschaffen werden.

Das Verfahren ähnelt stark dem bis zum GKV-WSG im Hilfsmittelbereich üblichen Zulassungsverfahren, bei dem die Qualifikation des Leistungserbringers durch die Landesverbände geprüft und die Zulassung einheitlich für alle Kassenarten ausgesprochen wurde. Eine derartige Eignungsprüfung ist nach Stärkung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen durch das GKV-WSG eigentlich überflüssig, da jetzt die Versorgungsqualität von den Krankenkassen im Rahmen der Versorgungsverträge zu regeln ist.

Mit dem GKV-OrgWG werden nunmehr einseitig die Interessen der Leistungserbringer gestärkt, die durch die Beitrittsmöglichkeit zu allen Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V einen breiten Marktzugang erhalten sollen. Dies wird zu vermindertem Preiswettbewerb, verstärkt angebotsinduzierter Versorgung und damit insgesamt zu mehr Ausgaben führen.

Die externen Kosten eines Präqualifizierungsverfahrens werden letztlich von den Leistungserbringern über höhere Preise an die Versichertengemeinschaft überwältzt werden. Wenn eine derartige Eignungsprüfung wieder eingeführt wird, die zwar



begrüßenswerter Weise nur befristet ausgesprochen werden soll und keine unmittelbare Versorgungsberechtigung darstellt, wäre es sicherlich einfacher und kostengünstiger, ein derartiges Zertifikat - wie in der Vergangenheit die Zulassung - einheitlich und gemeinsam durch die Krankenkassen auf Basis einer einheitlichen Zulassungsrichtlinie des Spitzenverband Bundnd aussprechen zu lassen.

C. Änderungsvorschlag

Die Einführung eines Präqualifizierungsverfahrens ist nicht erforderlich.

Sofern dies jedoch politisch unvermeidbar ist, sollte eine Lösung angestrebt werden, die möglichst unbürokratisch und kostengünstig durchgeführt wird. Hierzu bietet sich eine Orientierung am bisherigen Zulassungsverfahren durch die Krankenkassen an.



Änderungsantrag Nr. 14

§ 127 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Das Ausschreibungsgebot für Hilfsmittel wird in eine „Kann-Vorschrift“ umgewandelt.

Der Spitzenverband Bund und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer geben Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen ab.

Die Leistungserbringer erhalten ein Beitrittsrecht zu allen Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V.

B. Stellungnahme

Die Umstellung des Ausschreibungsgebotes in eine „Kann-Vorschrift“ ist sachgerecht und nachvollziehbar. Allerdings werden derzeit die Vergabeverfahren im Hilfsmittelbereich durch nicht zum Zuge gekommene Leistungserbringer auf unabsehbare Zeit blockiert, so dass durch Ausschreibungen kaum Vertragsverhältnisse zustande kommen. Dieser Stau kann durch eine klare Rechtswegzuweisung aufgelöst werden.

Eine gemeinsame Empfehlung von Spitzenverband Bund und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, bei welchen Hilfsmitteln Ausschreibungen zweckmäßig sind, würde den Vertragswettbewerb minimieren und ist zudem nicht notwendig.

Zum einen ist bekannt, dass die Leistungserbringerorganisationen Ausschreibungen generell ablehnen, einvernehmlich können Bereiche daher nicht abgestimmt werden. Bereits die Bestimmung eines Verfahrens, mit welchem Leistungserbringerorganisationen (wer ist „maßgeblich“) in welcher Form (Einstimmig oder Mehrheit) die Empfehlung zustande kommen soll, verzögert den Einsatz von Ausschreibungen unnötig. Auch eine im Schiedsverfahren bestimmte Liste von zweckmäßigen Ausschreibungs-bereichen bliebe wirkungslos, da angesichts der „Kann-Vorschrift“ die Krankenkassen nicht an die Liste gebunden sind. Vielmehr sind weitere Streitigkeiten programmiert, sofern schon Verträge nach Ausschreibungen in Bereichen geschlossen worden sind, die nicht auf dieser Liste aufgeführt sind. Das



zur Stärkung des Preiswettbewerbs im Hilfsmittelbereich eingeführte Ausschreibungsinstrument würde letztlich nur weiter geschwächt, eine derartige Empfehlung ist nicht notwendig.

Ein generelles Beitrittsrecht aller Leistungserbringer zu allen nicht durch Ausschreibungen zustande gekommenen Verträgen wird den Wettbewerb um günstige Preise und gute Qualität herabsetzen. Für einen Anbieter wäre es weniger attraktiv, sich durch günstige Angebote zu profilieren, da ein Vorstoß weniger Vorteile vor der Konkurrenz bringt. Die durch das GKV-WSG gesteigerte Wettbewerbsintensität zwischen den Anbietern würde zu Gunsten einer „Trittbrettfahrermentalität“ vermindert. Es besteht die Gefahr, dass es zukünftig zu vermehrten Vertragsabschlüssen auf Verbandsebene kommen wird, deren Konditionen dann so angelegt sind, dass das Überleben auch des wirtschaftlich am wenigsten Leistungsfähigen gesichert ist.

Letztlich entspricht ein derartiges Beitrittsrecht auch nicht den Interessen der Leistungserbringer. Wettbewerbsaktive Anbieter hätten dann weniger Möglichkeit, sich am Markt zu profilieren. Ebenso wären Krankenkassen zur Hebung von Wirtschaftlichkeitspotentialen gezwungen, dies über Ausschreibungen von Einzelverträgen zu realisieren, wodurch de facto die Marktteilnahmemöglichkeit anderer Anbieter noch stärker eingeschränkt würde.

Zur Erhaltung des Anbieterwettbewerbs ist es zwingend erforderlich, wettbewerbsaktiven Anbietern – sofern darüber bereits in der öffentlichen Bekanntmachung informiert wird - Innovationsvorteile einräumen zu können. Zur Erhaltung der Anbietervielfalt wäre ggf. der Kompromiss denkbar, dass Verträge maximal über den Zeitraum von einem Jahr auf bestimmte Vertragspartner beschränkt werden können. Danach könnten dann andere Leistungserbringer zu den gleichen Konditionen liefern, sofern der Bereich nicht sowieso unter Beteiligung aller Interessenten neu verhandelt würde.

C. Änderungsvorschlag

Die Änderung von der Ausschreibungspflicht zur –option wird begrüßt.

Der neu vorgesehene Absatz 1a hinsichtlich der Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen sollte ersatzlos entfallen. Er schafft keine Lösungen, sondern führt zu neuen Problemen.



Ein generelles Beitrittsrecht zu Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V ist wettbewerbsschädlich, nicht notwendig und sollte gestrichen werden.

Als Kompromiss ist denkbar alle § 127 Abs. 2 Verträge nach Ablauf einer Innovationsvorsprungszeit zu öffnen, der neue Absatz 2a) wäre wie folgt zu formulieren:

„(2a) Den Verträgen nach Absatz 2 Satz 1 können andere Leistungserbringer nach Ablauf eines Jahres zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten. Dies gilt bei Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, auch für Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden.“



Änderungsantrag Nr. 15

§ 128 SGB V

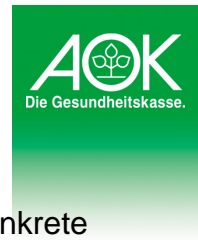
A. Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingeführte § 128 soll eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten unterbinden. Die Beteiligung von Ärzten an der Hilfsmittelabgabe soll auf Notfallversorgungen sowie auf Versorgungsleistungen auf Basis von Verträgen, bei denen die Krankenkasse die Vergütung der zusätzlich erbrachten ärztlichen Leistungen übernimmt, beschränkt werden.

B. Stellungnahme

Die Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis aus Depots direkt an den Versicherten wird seit Jahren von interessierten Leistungserbringerorganisationen problematisiert. Dabei ist die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Leistungserbringern im Rahmen des so genannten „verkürzten Versorgungsweges“, bei dem der Arzt Teile der für die Hilfsmittelversorgung notwendigen Dienstleistungen gegen entsprechendes Honorar vom Leistungserbringer übernimmt, über alle Instanzen geprüft und letztlich vom BGH als zulässig erachtet worden. Die Notfallversorgung zum Beispiel mit Gehstützen beim Orthopäden wird in der Praxis im Sinne der unmittelbaren Versorgung des Versicherten toleriert. Kritisch ist hier, dass die Zusammenarbeit von Arzt und Leistungserbringer dazu führt, dass oft besonders teure Produkte abgegeben werden oder die Versorgung auf andere Bereiche wie z.B. Elektrostimulationsgeräte ausgedehnt wird. Da die Abrechnung der Leistung weiterhin auf Rezept durch den Leistungserbringer erfolgt, bleibt der Krankenkasse die Abgabe in der Arztpraxis im Regelfall verborgen.

Die vorgesehenen Regelungen sind gut gemeint, aber nicht zielführend. Sie grenzen den Bereich der als zulässig erachteten Notfallversorgung nicht klar ein und übertragen zudem die Überwachung des Zusammenarbeitsverbots einseitig auf die Krankenkassen, ohne ihnen hierfür wirksame Mittel an die Hand zu geben. Zur Vermeidung von unerwünschten Kooperationen ist es notwendig, die Möglichkeit Hilfsmittelversorgungen auszuschreiben zu stärken, da in diesen Fällen die Versorgung ausschließlich von einem benannten Leistungserbringer durchgeführt werden kann. In diesen Fällen hätte kein Anbieter einen Vorteil durch Vergütung des Arztes für die Durchführung der Versorgung mit seinen Produkten gegen Überlassung des Rezeptes. Zudem greift der als Abschreckung vorgesehene



temporäre Versorgungsausschluss des Leistungserbringers zu kurz, konkrete Maßnahmen gegen den Vertragsarzt sind nicht vorgesehen. Gerade das im Änderungsvorschlag des § 127 neu vorgesehene Beitrittsrecht für alle Anbieter zu allen Versorgungsverträgen ermöglicht „schwarzen Schafen“ den Zugang zum Versorgungsgeschehen mit dem Anreiz, den Arzt als Absatzverstärker einzubinden. Der Konkurrenz der Anbieter um die Gunst der Ärzte ist stattdessen durch Verbesserung der Möglichkeiten der Krankenkassen, selektiv mit preis- und qualitätsbewussten Anbietern zusammenzuarbeiten entgegenzuwirken.

C. Änderungsvorschlag

Die Ergänzung um einen neugefassten § 128 ist entbehrlich.



Änderungsantrag Nr. 17

§ 132 c SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Wiedereinführung einer rechtlichen Grundlage zur Festlegung von Anforderungen an Leistungserbringer für Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V durch Empfehlungen.

B. Stellungnahme

Die Regelungskompetenz oblag bis 30.06.2008 den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Z. Z. gelten Empfehlungen in der Fassung vom 30.06.2008. Die Rechtsänderung bewirkt, dass zukünftig der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Anforderungen festlegt. Damit wird die rechtliche Grundlage zur Weiterführung der bisherigen Empfehlungen geschaffen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 18

§ 137g Abs. 1 Satz 11 SGBV Abs. 3 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im heutigen RSA-Verfahren werden die Vorhaltekosten des BVA, die im Zusammenhang mit der Akkreditierung der DMP-Programme stehen, mittels einer Anpassung des Ausgleichsbedarfssatzes durch die Finanzkraft der Krankenkassen finanziert. Unter Fondsbedingungen müssen diese Kosten aus den Fondsmitteln finanziert werden.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine Anpassung an die neuen gesetzlichen Regelungen.
Die Regelung ist sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 19

§ 146 a Satz 3 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 146a Satz 3 werden nach der Angabe „§ 155“ ein Komma und die Wörter „mit Ausnahme von Absatz 4 Satz 9“ eingefügt.

B. Stellungnahme

Nach bisher vorgesehener Rechtslage war die Weiterbeschäftigung nicht dienstordnungsmäßig Angestellter im Falle der Auflösung oder Schließung sowie der Insolvenz einer Ortskrankenkasse nicht eindeutig geregelt, da § 146 a Satz 3 SGB V auf nicht deckungsgleiche Vorschriften für Innungskassen und Betriebskrankenkassen verwies. Durch die im Änderungsantrag vorgesehene Neufassung der Vorschrift wird nunmehr klargestellt, dass die durch § 155 Abs. 4 Satz 9 SGB V eingeschränkte Weiterbeschäftigung von Angestellten in Bezug auf Ortskrankenkassen nicht gilt. Durch die beabsichtigte Neuregelung wird sichergestellt, dass die Verschlechterung der Position von Tarifbeschäftigten, die noch nicht der tarifvertraglichen Unkündbarkeit unterfallen, nicht eintritt. Nunmehr entsprechen sich die Regelungen im Falle der Auflösung oder Schließung und im Falle der Insolvenz bei Orts-, Ersatz- und Innungskrankenkassen. Diese zunehmende Klarheit ist zu begrüßen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 20

§ 171d SGB V

A. Beabsichtigte Änderungen:

- Absatz 1 Satz 1: Klarstellung zur Haftung des Spitzenverband Bund für alle bis zum 31.12.2009 entstandene Versorgungsanwartschaften von Tarifbeschäftigten
- Absatz 2 Satz 1: Sonderregelung zur Reduzierung des Haftungsumfangs von nicht geöffneten BKKs;
- Absatz 2 Satz 2: Präzisierung der Ermächtigungsgrundlage: Regelung der an Spitzenverband Bund zu übermittelnden Daten sowie Übermittlungszeitpunkte
- Absatz 3: Ausnahme von PSV-Pflicht bei Mitgliedschaft in öffentlich-rechtlichen Zusatzversorgungseinrichtungen

B. Stellungnahme

Mit der Streichung des Wortes "unverfallbar" haftet der Spitzenverband Bund im Fall der Insolvenz auch für am 31.12.2009 noch verfallbare Anwartschaften. Dies ist sachgerecht, da ansonsten bei Erreichen der Unverfallbarkeit der Anwartschaft der Teil, der vor dem 31.12.2009 erworben wurde, unberücksichtigt bliebe und Beschäftigte diesen Anteil nicht gegenüber dem Spitzenverband Bund geltend machen können.

Die Sonderregelung für geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen, nach der bei der kassenartenübergreifenden Finanzierung der Haftungsverpflichtung des Spitzenverbands Bund geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen nur mit einer Quote von 20 % des zu zahlenden Betrags zu beteiligen sind, ist in sich nicht schlüssig. In der Begründung heißt es hierzu, dass bei diesen geschlossenen Kassen ein sehr viel geringeres Haftungsrisiko für die anderen Krankenkassen besteht, weil erst der Arbeitgeber zur Erfüllung der Verpflichtungen herangezogen wird. Allerdings ist dies ein Tatbestand, der sich in § 155 Abs. 1 Sätze 1-3 findet und sich somit nur auf den Fall der Schließung bezieht. In der Haftungsverteilung im Insolvenzfall nach § 171d SGB V ist keine vergleichbare vorrangige Haftungsverpflichtung des



Arbeitgebers vorgesehen, so dass die Begrenzung auf 20 % des eigentlich zu zahlenden Anteils für die offenen Verpflichtungen anderer Kassen dem Grunde und der Höhe nach nicht nachvollziehbar ist.

Selbst wenn eine solche Begrenzung erfolgen soll, ist ungeklärt, wie die nicht gedeckten 80 % wiederum auf die anderen Krankenkassen verteilt werden.

Die Rechtsverordnung zur Finanzierung der Haftungsverpflichtung des Spitzenverbands Bund soll regeln, welche Angaben die Krankenkassen dem Spitzenverband Bund mitzuteilen haben und zu welchem Zeitpunkt dies geschehen soll. Aus Sicht des Spitzenverbands Bund handelt es sich um notwendige Angaben, um die Finanzierung seiner Haftungsverpflichtung umzusetzen.

Streichung der Geltung der „§§ 7-15 BetrAVG für Krankenkassen, die aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied in Kommunalen Versorgungsverband Baden-Württemberg oder Sachsen sind“ oder alternativ eine Ergänzung um die Formulierung „und deren Versorgungszusagen durch diese Pflichtmitgliedschaft vollständig abgesichert sind“.

C. Änderungsvorschlag

Die Änderungen in Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2 werden begrüßt.

Die Sonderregelung für geschlossene Betriebs- und Innungskrankenkassen in Absatz 2 Satz 1 ist zu streichen.

Die vorgeschlagene Änderung in Absatz 3 trägt der Sondersituation von Krankenkassen, die aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied in einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung sind, Rechnung, sollte aber um den Halbsatz erweitert werden „*und deren Versorgungszusagen durch diese Pflichtmitgliedschaft vollständig abgesichert sind*“.



Änderungsantrag Nr. 21

§ 220 Abs. 3 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung werden wesentliche Vorschriften der Haushaltsführung und der Vermögensverwaltung die für die Sozialversicherungsträger gelten auch für den Gesundheitsfond anwendbar gemacht. Begründet wird dies damit, dass – vor dem Hintergrund der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen – die auszuweisenden Ergebnisse mit dem Gesundheitsfond kompatibel sind.

B. Stellungnahme

Aus rechtlicher Sicht bestehen gegen die Einbeziehung der Norm keine Bedenken. Problematisch erscheint allenfalls, dass in den für entsprechend anwendbaren Normen des SGB IV auf Organe verwiesen wird, die der Gesundheitsfond so nicht hat. Hier wäre eine Klarstellung zu empfehlen.

C. Änderungsvorschlag

In Satz 1 wird nach entsprechend, der Punkt durch ein Komma ersetzt und wie folgt ergänzt:

„mit der Maßgabe, dass anstatt des Vorstandes dem Präsidenten des Bundesversicherungsamtes die genannten Rechte und Pflichten übertragen werden.“



Änderungsantrag Nr. 22

§ 252 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds durch sog. Direktzahler (Bundesagentur für Arbeit, Optionskommunen, Künstlersozialkasse, Wehr- und Zivildienstverwaltung) und die Weiterleitung der von den Krankenkassen einzuziehenden Krankenversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds sollen in den Rechtsverordnungen nach den §§ 28c und 28n SGB IV geregelt werden. Ferner wird eine Regelung zur Tilgungsreihenfolge geschaffen, wenn das Mitglied neben originären Beiträgen auch den Zusatzbeitrag und/oder Prämien zu Wahlтарifen schuldet. Schließlich ist durch einen Verweis auf § 28r SGB IV eine Schadensersatz- und Verzinsungspflicht der Einzugsstelle gegenüber dem Gesundheitsfonds bei schuldhafter Pflichtverletzung vorgesehen.

B. Stellungnahme

Ein Regelungsbedarf zur Beitragszahlung und Beitragsweiterleitung an den Gesundheitsfonds sowie zur Tilgungsreihenfolge besteht in der Tat. Die den Gesundheitsfonds betreffenden Regelungen sollten jedoch nicht in die vom BMAS zu erlassenden Rechtsverordnungen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag aufgenommen, sondern durch eigenständige Verordnungen des BMG festgelegt werden, da die Regelungen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag sich nicht ohne Weiteres auf die Beitragszahlung und Beitragsweiterleitung an den Gesundheitsfonds übertragen lassen. Die vorgesehene Tilgungsreihenfolge entspricht nicht der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgeschlagenen Reihenfolge, wonach für den originären Beitrag und der Zusatzbeitrag eine gleichrangige Tilgung gefordert wird. Die vorgesehene Schadensersatz- und Verzinsungspflicht der Einzugsstelle gegenüber dem Gesundheitsfonds bei schuldhafter Pflichtverletzung ist systemkonform und dem Änderungsantrag 25 (Einführung eines § 271a SGB V) vorzuziehen.



C. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag sollte wie folgt angepasst werden:

- a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch
Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur
Beitragszahlung nach Satz 1 und zur Beitragsweiterleitung nach Satz 3 zu
bestimmen.“

- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz angefügt:
“(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen der Einzugsstelle, Gebühren, Beiträge, den
Zusatzbeitrag nach § 242, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen,
Geldbußen oder Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche
Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die
Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt; geschuldete Beiträge und
Zusatzbeitrag sind dabei gleichrangig zu tilgen. Innerhalb der gleichen
Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei
gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.“



Änderungsantrag Nr. 23

§ 265a SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Im bereits vorgesehenen § 265a werden in Absatz 3 Satz 2 das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „sowie bereits geleistete Hilfen nach § 265b“ eingefügt.

B. Stellungnahme

Die Klarstellung, dass die Kassen der betroffenen Kassenarten im Rahmen der finanziellen Hilfen nach §§ 265a und 265b nicht doppelt belastet werden sollen, ist sachgerecht und zu begrüßen. Bevor der Spitzenverband Bund kassenartübergreifende Finanzhilfen einfordern kann, muss ich zuvor die Kassenart der betroffenen Krankenkasse „ausreichend“ an der kassenarteninternen Finanzhilfe nach § 265b beteiligt haben. Wenn richtigerweise unter „finanzielle[r] Hilfe nach § 265b in ausreichender Höhe“ verstanden wird, dass sich sämtliche Kassen der betroffenen Kassenart an der Hilfe nach § 265b beteiligen und dabei die Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird – was zur Klarstellung in den Gesetzestext des § 265a Abs. 1 Satz 3 aufgenommen werden sollte – ist eine weitere Belastung im Rahmen der kassenartenübergreifenden Hilfen nicht zumutbar.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Änderungsantrag Nr. 24

§, 265b SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung des § 265b SGB V dahingehend, dass § 60 SGB X auf abzuschließende Verträge entsprechend anzuwenden ist

B. Stellungnahme

Voraussetzung für die Umsetzbarkeit der Subsidiarität des § 265a gegenüber dem § 265b ist eine mindestens vergleichbar effektive Durchsetzung der kassenartinternen Hilfen, die nur durch die entsprechende Anwendbarkeit des § 60 SGB X zu gewährleisten ist. Die Neuregelung ist bereits vom Bundesrat vorgeschlagen worden und wird begrüßt. Dadurch ist für Verträge zur Gewährung von Hilfen nach § 265b die Unterwerfung unter die sofortige Zwangsvollstreckung ermöglicht, die für eine effektive Rechtsdurchsetzung notwendig ist.

C. Änderungsvorschlag

Zustimmung



Änderungsantrag Nr. 25

§ 271a SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Bei Ansteigen der Beitragsrückstände einer Krankenkasse soll diese nach Aufforderung des BVA innerhalb von vier Wochen glaubhaft machen, dass der Anstieg nicht auf eine Pflichtverletzung zurückzuführen ist. Werden keine entscheidungserheblichen Unterlagen vorgelegt oder reichen diese dem BVA zur Glaubhaftmachung eines unverschuldeten Beitragsrückstandes nicht aus, wird zunächst monatlich ein vorläufiger Säumniszuschlag von 10 % des Rückstandsanstiegs erhoben, bis die Krankenkasse glaubhaft macht, dass die Beitragsrückstände nicht auf einer Pflichtverletzung beruhen. Ist dies bis zum Ablauf einer – in der Regel 3 monatigen – Frist nicht erfolgt, wird der Säumniszuschlag endgültig festgesetzt, verbleibt dem Fonds und wird monatlich um weitere 10% angehoben.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine bürokratische – höchst komplizierte – Überreglementierung, so dass hierzu Streitigkeiten vorprogrammiert sind. Die im Änderungsantrag Nr. 22 vorgesehene Einführung eines § 252 Abs. 4 SGB V, wonach die Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Beitragseinzug haften und zur Verzinsung bei verspäteter Beitragsweiterleitung verpflichtet sind, wird als völlig ausreichend erachtet, so dass es der Einführung eines § 271a SGB V nicht bedarf.

C. Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag ist abzulehnen.



Änderungsantrag Nr. 26

§ 272 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag übernimmt weitestgehend die Regelungen des § 272 zur Konvergenzregel. Folgende wesentliche Änderungen wurden vorgenommen:

- Die Konvergenzregelung wird nur noch auf die Belastungen eines Bundeslandes angewandt und nicht mehr zusätzlich auf die Entlastungen eines Bundeslandes
- Die Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen aus dem RSA und Risikopool werden nicht mehr in der geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2006 ermittelt sondern in der Fassung zum 31. Dezember 2008.
- Die alte Regelung zur Finanzierung der Konvergenz entfällt, da die Finanzierung aus der Liquiditätsreserve erfolgen soll (Änderungsantrag 36).

B. Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 27

§ 302 SGB V

A. Beabsichtigte Änderung des bisherigen Gesetzesentwurfes bzw. beabsichtigte Neuregelung

*In Artikel 1 wird nach Nummer 14b folgende Nummer 14c eingefügt:
,14c. In § 302 Abs. 1 wird die Angabe „§ 128“ durch die Angabe „§ 139“ ersetzt.’*

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Überarbeitung; im GKV-WSG wurde vergessen, die Verschiebung der Inhalte des § 128 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis) in den § 139 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln) auch im § 302 SGB V abzubilden.

B. Stellungnahme

Rein redaktionelle Überarbeitung – Behebung eines Fehlers im GKV-WSG

C. Änderungsvorschlag

keiner



Änderungsantrag Nr. 28

§ 305 Abs. 3 Satz 3 SGB V

A. Beabsichtigte Neuregelung

Folgeregelung ohne eigenen Regelungsgehalt

B. Stellungnahme

Der Änderungsantrag stellt eine notwendige redaktionelle Anpassung der Verweisung in § 305 SGB V wegen der Änderung des § 69 SGB V dar. Er enthält keine inhaltliche Regelung.

C. Änderungsvorschlag

keiner



Änderungsantrag Nr. 31

§ 61 SGB XI

A. Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderungen der Absätze 5 und 6 aufgrund interner Absatzverschiebungen

B. Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 32

(Änderung des SGG)

s. Bewertung zu Änderungsantrag Nr. 08 (§ 69 SGB V)



Änderungsantrag Nr. 33
(Änderung des § 116 GWB)

s. Bewertung zu Änderungsantrag Nr. 08 (§ 69 SGB V)



Änderungsantrag Nr. 34

§ 196 RVO

A. Beabsichtigte Neuregelung

In § 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... (BGBl.I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 7 Satz 2 und“ gestrichen.'

Siehe Ausführungen zu Änderungsantrag Nr. 4, Buchstabe b)

B. Stellungnahme

Siehe Ausführungen zu Änderungsantrag Nr. 4, Buchstabe b)

C. Zustimmung/ Ablehnung, ggf. ergänzender/abweichender Änderungsvorschlag

Zustimmung unter der Voraussetzung, dass die Übergangsfrist nach § 126 Abs. 2 SGB V nicht oder nur mit gleichzeitiger Änderung ihrer Wirkung verlängert wird.



Änderungsantrag Nr. 35

§ 23 KVLG

A. Beabsichtigte Neuregelung

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 23 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 7 Satz 2 und“ gestrichen.'

Siehe Ausführungen zu Änderungsantrag Nr. 4, Buchstabe b)

B. Stellungnahme

Siehe Ausführungen zu Änderungsantrag Nr. 4, Buchstabe b)

C. Zustimmung/ Ablehnung, ggf. ergänzender/abweichender Änderungsvorschlag

Zustimmung unter der Voraussetzung, dass die Übergangsfrist nach § 126 Abs. 2 SGB V nicht oder nur mit gleichzeitiger Änderung ihrer Wirkung verlängert wird.



Änderungsantrag Nr. 36

§ 271 SGB V und § 221 SGB V i.d. Fassung des GKV-WSG

A. Beabsichtigte Neuregelung

zu § 271 Abs. 2:

Der Änderungsantrag regelt, dass die Zuweisungen aufgrund der Konvergenzregelung aus Mitteln der Liquiditätsreserve zu erfolgen hat. Zusätzlich wird geregelt, dass die Liquiditätsreserve ab dem Jahr 2009 in 4 jährlichen Schritten aufgebaut werden soll. Ebenfalls wird festgelegt, dass die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf des Jahres 2012 20 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds (des Jahres 2012) betragen soll.

zu Satz 2

zu § 221 Abs 1 u. 2.:

Mit diesen Änderungen werden die Geldflüsse im Zusammenhang mit den Leistungen des Bundes für pauschale Abgeltungen für versicherungsfremde Leistungen an die Fondsbedingungen angepasst.

.

B. Stellungnahme

Die Finanzierung der Aufwendungen für die Konvergenzregelung aus der Liquiditätsreserve kann sachgerecht sein, wenn die hierdurch ausgelösten Bundesdarlehen erst nach dem vollständigen Aufbau der Liquiditätsreserve zurückzahlen sind und die Rückzahlungsbeträge im Rückzahlungsjahr bei der Festlegung des Beitragssatzes berücksichtigt werden.

C. Änderungsvorschlag

§ 271 Abs. 3 wird durch folgenden Text ersetzt:

„Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen nach § 266 Abs 1 Satz 1 zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzahlen. Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Abweichend von Satz 2 sind Darlehen, die bis zum vollständigen Aufbau der vorgeschriebenen Liquiditätsreserve an den Gesundheitsfonds ausgezahlt werden, erst im Jahr, das dem Jahr folgt, in dem die Liquiditätsreserve



vollständig aufgebaut ist, zurückzuzahlen. Die bis dahin entstandenen Darlehensbeträge sind bei der Kalkulation des Beitragssatzes des Rückzahlungsjahres zu berücksichtigen.“



Änderungsantrag Nr. 38

Änderung der DEÜV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift des § 26 DEÜV für den Nachweis der Gesamtsozialversicherungsbeitrags gegenüber der Einzugsstelle (Beitragsnachweis) soll nach § 42 DEÜV für die Beitragszahlung und Beitragsweiterleitung an den Gesundheitsfonds entsprechend gelten.

B. Stellungnahme

Der Arbeitgeber-Beitragsnachweis und die Beitragszahlung und Beitragsweiterleitung an den Gesundheitsfonds sind völlig artverschieden und nicht vergleichbar. Die Beitragszahlung und Beitragsweiterleitung an den Gesundheitsfonds sollten daher in einer gesonderten Rechtsverordnung durch das BMG geregelt werden (vgl. hierzu Ausführungen zum Änderungsantrag Nr. 22).

C. Änderungsvorschlag

Von einer Änderung der DEÜV sollte abgesehen werden.



Änderungsantrag Nr. 39

§ 12 SVRV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung zum Umfang der Verpflichtung bei der Bildung von Rückstellungen zur Altersvorsorge in § 12 Abs. 1 SVRV

B. Stellungnahme

Soweit bislang Rückstellungen zur Altersvorsorge gebildet wurden, erfolgte die Aktualisierung des Barwerts (Bewertung in Höhe des versicherungsmathematisch ermittelten aktuellen Wertes) bisher in der Regel alle fünf Jahre. Vor dem Hintergrund anstehender, beträchtlich wachsender Summen im Kapitalstock ist nach Meinung des AOK-BV eine jährliche – statt fünfjährige - Bewertung zum Bilanzstichtag angemessen und notwendig. Die Ergänzung hinsichtlich der Zweckentsprechung der Verwendung der Mittel sinnvoll.

C. Änderungsvorschlag

Die Frist von fünf Jahren sollte auf ein Jahr gesetzt werden.



Änderungsantrag Nr. 40

Änderung der BVV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die §§ 5 und 6 der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zur Weiterleitung und Abrechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge sollen durch die Einführung eines § 6a BVV hinsichtlich der Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge an den Gesundheitsfonds entsprechend geltend. Außerdem sollen die Krankenkassen dem BVA die für die Erstellung der Abrechnung erforderlichen Datengrundlagen auf Anforderung vorlegen.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung ist systemkonform und entspricht im Wesentlichen den bereits mit dem BVA zur Beitragsweiterleitung getroffenen Absprachen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 41

§ 31 Abs. 4 RSAV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag wird geregelt, dass das Bundesversicherungsamt die Krankheiten, die Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren bis zum 30. September für das Folgejahr festlegt.

B. Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung ist sachgerecht, da das Bundesversicherungsamt bis zum 30. September diese Festlegungen auf einer aktuelleren Datengrundlage treffen kann, als in den bisherigen gesetzlichen Grundlagen, die hierfür den 31. März vorgesehen haben...

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 42

§ 33 RSAV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich hierbei um eine Begriffsbestimmung im Zusammenhang mit der Durchführung der Konvergenzregelung. Hierdurch wird klargestellt, dass die Konvergenzregelung sich auf die Versicherten in einem Bundesland bezieht unabhängig davon, ob deren Krankenkasse einen Sitz in diesem Bundesland hat. Sofern eine Krankenkasse Personen versichert, die in unterschiedlichen Bundesländern wohnen, ist sie im Sinne der Konvergenzregelung in mehreren Bundesländern tätig. Dies trifft auch für regionale Krankenkassen zu.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 43

§§ 33a, 33b, 33c, RSAV;

A. Beabsichtigte Neuregelung

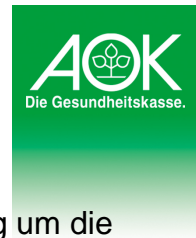
Es handelt sich hierbei um Konkretisierungen der Umsetzung der Konvergenz.
Hierzu wird i. W. geregelt:

§33a: Ermittlung der Einnahmen vor Fondseinführung (bereinigte Einnahmen)

Die Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen der in einem Bundesland lebenden Versicherten auf Basis der nach § 34 gemeldeten Beitragspflichtigen Einnahmen sowie der am 31.12.2008 geltenden Beitragssätze der im Land tätigen Krankenkassen, bereinigt um die für die Entschuldung aufgewandten Beitragssatzanteile. Die Ermittlung des landesdurchschnittlichen Beitragssatzes erfolgt mittels der Mitgliedergewichtung. Die so ermittelten Beitragseinnahmen sind um die ab 2009 ermittelten Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen aus dem RSA und Risikopools in der bis zum 31.12.2008 gültigen Fassung zu bereinigen. Die bereinigten Einnahmen werden mittels der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGBV für die jeweiligen Ausgleichsjahre fortgeschrieben. Zur Ermittlung der Ausgleichsansprüche / -Verpflichtungen aus dem RSA ab dem Jahr 2009 wird auf der Basis der Datenmeldung nach § 34 und einer entsprechenden Anwendung des § 10 der Beitragsbedarf der in einem Land lebenden Versicherten ermittelt. Der Ausgleichsbedarfssatz ergibt sich aus dem bundesweiten Beitragsbedarf dividiert durch die bundesweiten Grundlöhne multipliziert mit 100. Die Finanzkraft der Versicherten in einem Bundesland wird mittels der beitragspflichtigen Einnahmen multipliziert mit dem Ausgleichsbedarfssatz und dividiert durch 100. Der Saldo dem bundeslandspezifischen Beitragsbedarf und der Finanzkraft ergibt die Ausgleichsansprüche bzw. Ausgleichsverpflichtungen der in einem Bundesland lebenden Versicherten. Die Beitragseinnahmen sind um die Ausgleichsansprüche bzw. Ausgleichsverpflichtungen zu bereinigen. Für die Ermittlung der Ausgleichsansprüche bzw. Verpflichtungen aus dem Risikopool, die ebenfalls mit den Beitragseinnahmen verrechnet werden sollen, ist ein eigener Abs. 6 vorgesehen.

§ 33b: Ermittlung der Fondszuweisungen

In diesem Paragraphen wird festgelegt, wie die Fondszuweisungen je Bundesland zu ermitteln sind.



Grundlage sind die Zuweisungen einer jeden Krankenkasse, die anteilig um die Beteiligung des Bundes sowie um die Einnahmen für geringfügig Beschäftigte gemindert werden. Diese werden je Krankenkasse durch die Versichertentage dividiert und mit den Versichertentagen der in einem Land wohnenden Versicherten multipliziert. Die Zuweisungen für ein Bundesland ergeben sich aus der Summe aller Zuweisungen für die in einem Land lebenden Versicherten über alle Krankenkassen hinweg.

§ 33 c: Ermittlung der Konvergenzzuweisungen je Bundesland

In diesem Paragraphen wird die Ermittlung der Zuweisungsbedarfe geregelt. Übersteigen Einnahmen vor der Fondseinführung die Zuweisungen um mehr als 100 Mio. € in einem Bundesland, so ist der überschreitende Betrag den in diesem Land tätigen Kassen aus der Liquiditätsreserve zuzuweisen. Die Ausschüttung erfolgt an die in diesem Land tätigen Krankenkassen in Form eines einheitlichen Betrages je Versicherten.

B. Stellungnahme

Neben grundsätzlichen Problemen hinsichtlich der Konvergenzregelung bestehen auch weiterhin Unschärfen in Bezug auf die Umsetzung der Konvergenzregelung. Diese sind:

Die Ermittlung der bereinigten Beitragseinnahmen mittels des erhobenen Beitragssatzes zum 31.12.2008 ist strategieanfällig. Der Änderungsantrag sieht zwar vor, dass der erhobene Beitragssatz um Beitragssatzanteile, die zur Entschuldung im Jahre 2008 dienten, bereinigt wird. Die Regelung sieht jedoch nicht vor, dass der Beitragssatz um Beitragssatzanteile, die zum Aufbau von Vermögen dienten bereinigt wird.

Die vorgesehene Ermittlung der Ausgleichansprüche / -Verpflichtungen aus dem Risikopool sind ist aus unserer Sicht nicht umsetzbar, da hierfür die erforderlichen Datengrundlagen nicht vorliegen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 44

§ 34 RSAV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Es wurde lediglich eine Überschrift geändert.

B. Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Änderungsantrag Nr. 45

§ 39 RSAV

A. Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag wird geregelt, dass die monatlichen Zuweisungen im Abschlagsverfahren an die Zahl der Versicherten angepasst werden sollen. Zusätzlich wird geregelt, dass es jeweils im März und im September Zwischenausgleiche geben soll, bei denen die Datenmeldungen nach § 32 (Meldungen der Pseudonyme für das 1. Halbjahr 2009 und das Jahr 2009) zugrunde gelegt werden sollen.

Zusätzlich wird geregelt, dass das BVA die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen auszahlt. Die Auszahlungstermine sollen sich insbesondere an den Hauptfälligkeitzeitpunkten der beim Gesundheitsfonds eingehenden Beträge orientieren. Die Zuweisungen für den Ausgleichsmonat werden erst vollständig bis zum 15. des dem Ausgleichjahr folgenden Monat gezahlt (= Eingang der Beiträge für freiwillig versicherte Mitglieder).

B. Stellungnahme

Die Anpassung der Zuweisungen an die Zahl der Versicherten ist sachgerecht und entspricht dem heutigen Verfahren im RSA. Dies gilt auch für die Durchführung von Zwischenausgleichen. Die Regelung, dass die Auszahlung der Zuweisungen sich an den Hauptfälligkeitzeitpunkten des Eingangs der Beiträge beim Fonds orientieren ist in Hinblick auf die Fondsliquidität sachgerecht. In Hinblick auf die Liquiditätssituation der Krankenkassen ist diese Regelung im Startmonat Januar nicht wettbewerbsneutral, da den Krankenkassen im Monat Januar aufgrund der unterschiedlichen Anteile von Beiträgen von freiwillig Versicherten für den Monat Dezember, die erst im Januar gezahlt werden, unterschiedlich viele Mittel zur Verfügung stehen werden. Die Beitragseingänge der übrigen Mitglieder, die im Laufe des Monats Januar für den Monat Januar fällig werden, werden hingegen auf alle Krankenkassen gleichermaßen ausgeschüttet.

C. Änderungsvorschlag

Das Bundesversicherungsamt zahlt die Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren in Teilbeträgen aus, die sich insbesondere an den monatlichen Hauptfälligkeitsterminen orientieren.



Änderungsantrag Nr. 46

Artikel 6a Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

A. Beabsichtigte Neuregelung

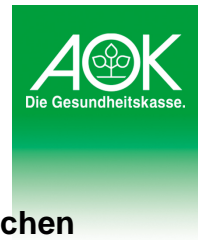
Es wird eine neue Verordnungs-Ermächtigungsgrundlage zur Regelung des Basistarifs der privaten Krankenversicherungen eingeführt.

B. Stellungnahme

Die Änderung berührt die AOK-Gemeinschaft nicht. Die Regelung ist möglicherweise eine Reaktion auf die von den privaten Krankenversicherungen angestoßenen Verfassungsbeschwerden.

C. Änderungsvorschlag

Keiner



Stellungnahme des AOK-Bundesverband zum Verfahren der möglichen Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Sinkt das Fondsvolumen unter 100 Prozent, dann muss diese Unterdeckung bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend berücksichtigt werden. Das Vorgehen bei der Kürzung sollte dabei neutral erfolgen, also unabhängig von der Morbiditätsbelastung der einzelnen Krankenkasse. Eine wettbewerbsneutrale Lösung besteht darin, die Zuweisungen um einen einheitlichen Betrag auf Basis der Grundpauschale zu kürzen. So wird die Unterdeckung gleichmäßig auf alle Krankenkassen verteilt. Andernfalls würde bei Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Kranken und alten Versicherten wesentlich höhere Kürzungen erfolgen als bei Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen jungen und gesunden Versicherten. Dies hätte zur Folge, dass gerade Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Risikostruktur einen wesentlich höheren Zusatzbeitrag erheben müssten als solche Krankenkassen mit einer unterdurchschnittlichen Risikostruktur und dies bei gleicher unterstellter Wirtschaftlichkeit. In der Folge würden Kranke ein existenzielles Risiko für die Krankenkasse darstellen, das durch den MRSA eigentlich beseitigt werden soll. Das Ziel des MRSA würde somit konterkariert.