

BARMER
Deutschlands größte Krankenkasse

DAK
Unternehmen Leben

TK
Techniker
Krankenkasse

KKH
Die Kaufmännische

HEK
HANDELTÄTIGHE KRANKENKASSE

**Hamburg
Münchener
Kasse**

hkk
Erste Gesundheit.

GEK
Gebäude-ErsatzKasse

Stellungnahme des VdAK/AEV zum

"Entwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversiche- rung (GKV-OrgWG)"

vom 16.06.2008
BT-Drs. 16/9559

Gemeinsame Stellungnahme der Verbände der Ersatzkassen zum

"Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Kranken- versicherung (GKV-OrgWG)" vom 16.06.2008, BT-Drs. 16/9559

Rund 24 Millionen Menschen sind in einer Ersatzkasse krankenversichert. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. vertreten die wirtschaftlichen und politischen Interessen der Ersatzkassen und bilden somit den größten Zusammenschluss bundesweit geöffneter Krankenkassen.

Gegründet wurde der VdAK unter dem Namen "Verband kaufmännisch eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)" 1912 in Eisenach. Der AEV wurde 1938 unter dem Namen "Verband freier Krankenkassen" gegründet. Seit 1957 wird die Geschäftsführung des AEV vom Vorstand des VdAK übernommen.

Der Sitz der Verbandsgeschäftsstelle ist Siegburg. Eine Außenstelle vertritt den Verband in der Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 16 Landesvertretungen und eine Landesbereichsvertretung der Verbände für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Anschrift: VdAK/AEV, Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg
Außenstelle Berlin: Karlplatz 7, 10117 Berlin

E-Mail: kontakt@vdak-aev.de

Internet: www.vdak-aev.de

Gliederung:	Seite
0. Vorbemerkung	3
1. Gesamtbewertung	4
2. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	5
• § 155 Abs. 4 SGB V	5
• § 171 d (1) SGB V	5
• § 171 d (5) SGB V	5
• § 171 e Abs. 3 SGB V	6
• § 172 Abs. 2 SGB V	6
• § 265 a SGB V	6
• § 265 b SGB V	6
3. Stellungnahme zu den Formulierungshilfen (I)	7
• § 43 SGB V	7
• § 69 SGB V	8
• § 73 b SGB V	8
• § 126 SGB V	9
• § 127 SGB V	10
• § 128 SGB V	11
• § 252 SGB V	11
• § 271a SGB V	12
• § 31 Abs. 4 RSAV	12
• Artikel 8 GKV-SolG	13
4. Stellungnahme zu den Formulierungshilfen (II)	13
• § 271 Abs. 2 SGB V	13
• § 271 Abs. 7 neu SGB V	14
• § 272 SGB V	14
• § 33 a Abs. 6 RSAV	15
• § 33 b Abs. 3 RSAV	15

0. Vorbemerkung

Zwischen den Verbänden der Ersatzkassen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie den Verbänden der übrigen Kassenarten besteht weitgehende Einigkeit über die Bewertung des vorliegenden Gesetzentwurfes (GKV-OrgWG). Diese Bewertung wurde in der "Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.09.2008" formuliert und liegt dem Bundestagsausschuss für Gesundheit vor.

Abweichend hiervon vertritt der VdAK/AEV insbesondere in Fragen der Haftung und der Insolvenzprävention sowie der damit untrennbar verbundenen Frage der finanziellen Hilfen einen stärker auf Eigenverantwortung und Wettbewerb setzenden Ansatz.

Darüber hinaus berücksichtigt diese Stellungnahme auch die zum Zeitpunkt ihrer Erstellung vorliegenden Formulierungshilfen zur Änderung bzw. Ergänzung des GKV-OrgWG.

1. Gesamtbewertung

Generell wird begrüßt, dass mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Krankenkassen hinsichtlich ihrer Insolvenzfähigkeit gleiche Rechtsgrundlagen geschaffen und einseitige wettbewerbliche Verzerrungen beseitigt werden, die bislang zugunsten landesunmittelbarer Krankenkassen bestehen. Dies gilt insbesondere für die künftige Zulässigkeit von Insolvenzverfahren über das Vermögen von landesunmittelbaren Krankenkassen (vgl. § 171 c SGB V) und der damit einhergehenden Einbeziehung dieser Krankenkassen in den Pensionsversicherungsvertrag (PSAV).

Zu begrüßen ist auch, dass für alle Krankenkassen einheitliche Regelungen zur Bildung von Pensionsrückstellungen geschaffen werden und jede Krankenkasse für die von ihr abgegebenen Pensionszusagen ausreichendes Deckungskapital zu bilden hat.

Einhellige Auffassung der Spitzenverbände ist, dass das sozialrechtliche Schließungsrecht Vorrang vor dem Insolvenzrecht haben muss, um der besonderen Schutzwürdigkeit der Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung gerecht zu werden. Es wird deshalb begrüßt, dass die Einleitung eines Insolvenzverfahrens über eine Krankenkasse ausschließlich von der zuständigen Aufsichtsbehörde beantragt werden kann (vgl. § 171 b Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Abzulehnen ist jedoch, dass für bis Ende 2009 entstandene unverfallbare Altersversorgungsverpflichtungen und insbesondere für die im Bereich der ehemaligen Pflichtkassen (AOK, BKK, IKK) aufgelaufenen Pensionslasten für DO-Angestellte eine Haftung der jeweils übrigen Kassenarten vorgesehen ist (§ 171 d Abs. 5 Satz 2 in Verb. mit § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 SGB V). Es ist nicht akzeptabel, dass diejenigen Krankenkassen, die zur Absicherung ihrer Pensionsverpflichtungen in der Vergangenheit bereits Rückstellungen zulasten ihrer Versichertengemeinschaften gebildet haben, zusätzlich noch für die Verpflichtungen ihrer Wettbewerber herangezogen werden, die ihrerseits die ausreichende Bildung von Rückstellungen versäumt haben.

Der VdAK/AEV hält es ferner für sachgerecht, dass im Falle der Insolvenz einer Krankenkasse in erster Linie die verbleibenden Krankenkassen der Kassenart haften und den Kassenarten deshalb auch umfassende Möglichkeiten zur Ausgestaltung und Fortführung der Haftungsprävention über freiwillige kassenarteninterne Hilfen eingeräumt werden. Es muss aber sichergestellt sein, dass eine Haftung außerhalb der Kassenart streng auf die Fälle begrenzt wird, in denen die Kassenart insgesamt durch eine Haftungsübernahme nicht in der Lage ist, die betroffene Krankenkasse zu stützen. Dieser Fall muss transparent und objektiv nachprüfbar durch neutrale Dritte festgestellt werden.

Hinsichtlich des Schwellenwerts, ab dem für die in jedem Fall zu erfüllenden Ansprüche eine kassenartenübergreifende Haftung zum Zuge kommen soll, um eine Überforderung der Kassen einer Kassenart zu vermeiden, vertritt der VdAK/AEV die Auffassung, dass sich dieser ausschließlich auf die Ansprüche der Versicherten und Leistungserbringer beziehen darf. Der Schwellenwert muss so hoch fest-

gesetzt werden, dass auch hier eine, eigentlich vom Grundsatz her abzulehnende, kassenartenübergreifende Haftung auf absolute Einzelfälle begrenzt wird.

Allgemein ist festzuhalten, dass der Gesetzentwurf nach wie vor ein schlüssiges, ordnungspolitisches Gesamtkonzept vermissen lässt. Viele, nach allgemeinem Insolvenzrecht bestehende Rechtsfolgen sind mit dem Auftrag einer gesetzlichen Krankenkasse und den Prinzipien des sozialen, solidarischen Krankenversicherungssystems unvereinbar.

Im Einzelnen ist der vorliegende Gesetzentwurf wie folgt zu bewerten:

2. Stellungnahme zum Gesetzentwurf (BT-Drs. 16/9559)

- **§ 155 Abs. 4 SGB V** (Abwicklung der Geschäfte und Haftung für Verpflichtungen) und
- **§ 171 d (1) SGB V** (Haftung für Pensionsverpflichtungen)

Die GKV-weite Haftungsverpflichtung ist aus Sicht der Ersatzkassen nicht sachgerecht und abzulehnen. Eine über die Kassenart hinausgehende Haftung erscheint unakzeptabel. Reicht das Vermögen einer Krankenkasse zur Deckung ihrer Verpflichtungen nicht aus, haften die Krankenkassen derselben Kassenart mit ihrem Vermögen bzw. müssen eine entsprechende Anhebung des Zusatzbeitrags vornehmen. Sofern auch das Vermögen der Kassenart nicht ausreicht, ist anstelle einer GKV-übergreifenden Haftung eine Letzthaftung des Bundes vorzusehen (Finanzierung aus Steuermitteln). Andernfalls könnte es - je nach Höhe der ungedeckten Verpflichtungen - zu einer flächendeckenden Erhebung eines Zusatzbeitrags und damit zu einem "Dominoeffekt" kommen.

Die Regelung zur Nachhaftung bei kassenartenübergreifenden Fusionen ist vom Grundsatz her sachgerecht. Allerdings muss in Satz 3 durch folgende Ergänzung "... auch bei den Krankenkassen **anteilig** geltend ..." klargestellt werden, dass sich die Nachhaftung, bezogen auf die jeweilige Kassenart, auf den zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Kassenart bestehenden Haftungsanteil beschränkt.

- **§ 171 d (5) SGB V** (Haftungsbegrenzung 1% Klausel)

Aus Sicht der Ersatzkassen sollte auf einen Schwellenwert bei der kassenartenbezogenen Haftung für die in § 155 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 und **5** SGB V genannten Ansprüche verzichtet werden.

Ein Schwellenwert ist strategieanfällig und kann die Insolvenz von Krankenkassen sogar noch fördern. Des Weiteren behindert ein Schwellenwert die Haftungsprävention innerhalb einer Kassenart.

Außerdem ist die Anbindung des Schwellenwerts an die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds insofern fraglich, als die in der Begründung getroffene Aussage, hiermit an einen Indikator für die Leistungsfähigkeit einer Kassenart anzuknüpfen, keineswegs zutreffen muss.

- **§ 171 e Abs. 3 SGB V** (Deckungskapital für Altersversorgungsverpflichtungen)

Die Ermächtigung des BMG, Vorschriften zum Durchführungsweg zur Bildung von Deckungskapital (Ziffern 4. und 5.) zu erlassen, sollte gestrichen werden. Es sollte der einzelnen Krankenkasse selbst überlassen bleiben, welchen Durchführungsweg sie für die Bildung des Deckungskapitals wählt. Auch das Zahlverfahren der Zuweisung sollte die Krankenkasse selbst bestimmen können.

Die Übertragung der Befugnisse auf das BVA ist abzulehnen. Die ansonsten beim BVA entstehenden Kosten schmälern das Volumen des Gesundheitsfonds und damit die Zuweisung an die Krankenkassen.

- **§ 172 Abs. 2 SGB V** (Vermeidung oder Insolvenz einer Krankenkasse)

Die Regelung über die Berichtspflichten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen an die zuständige Aufsicht für den Fall, dass die Ausgaben einer Krankenkasse die Einnahmen um einen Wert von 0,5 v. H. der monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds übersteigen, ist überflüssig und sollte gestrichen werden.

Die alleinige Fokussierung auf das Vierteljahresdefizit besitzt keine hinreichende Aussagekraft; insbesondere weil die Vermögenslage der Krankenkasse damit völlig ausgeblendet ist. Gerade die Vermögenslage in Verbindung mit einer defizitären Entwicklung erlaubt aber erst einen Blick auf das tatsächlich bestehende Risikopotenzial.

Eine "automatisierte" Berichtspflicht in Abhängigkeit eines Schwellenwertes ist daher nicht notwendig. Sie ist ferner auch deshalb nicht praktikabel, weil die mit der Einführung des Gesundheitsfonds in 2009 mangels Erfahrung zu erwartenden Unsicherheiten zur Deckungsgleichheit von tatsächlichen Ausgaben und Fondseinnahmen im zeitlichen Ablauf vermutlich flächendeckend zu an sich unbegründeten Berichtspflichten führen würden.

Der vorgesehene Schwellenwert von 0,5 v. H. einer durchschnittlichen monatlichen Zuweisung ist zudem deutlich zu niedrig, da unterjährige Schwankungen in deutlich größerem Ausmaß üblich sind.

- **§ 265 a SGB V (Finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse) und**

- **§ 265 b SGB V** (Freiwillige finanzielle Hilfen)

Die Regelung, dass die Satzung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Bestimmungen zur Gewährung kassenartenübergreifender finanzieller Hilfen vorsehen muss, die zur Ermöglichung oder Erleichterung einer Fusion erforderlich sind, stellt einen Eingriff in den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen dar. Sie bedeuten im Ergebnis, zu eigenen Lasten die Wettbewerbsposition der konkurrierenden Krankenkasse zu verbessern und widersprechen somit dem Prinzip des Wettbewerbs. Die Regelung sollte daher so restriktiv wie möglich ausgestaltet

werden und nur im äußersten Notfall zur Anwendung kommen. Besser wäre es, die Vorgabe ersatzlos zu streichen.

Aus Sicht der Ersatzkassen reicht es für eine effiziente Haftungsprävention vielmehr aus, die im Gesetzentwurf vorgesehenen freiwilligen kassenarteninternen Hilfen (§ 265 b SGB V) weiterzuentwickeln.

Als Basis hierfür kann die alte, noch bestehende Regelung des heutigen § 265 a SGB V dienen oder alternativ hierfür ein verpflichtender Abschluss über die Gewährung von gegenseitigen Hilfen von Krankenkassen derselben Kassenart. Soweit es für eine effiziente Haftungsprävention notwendig ist, wären ggf. entsprechende Modifikationen vorzusehen. Diese müssten noch näher spezifiziert werden.

Grundsätzlich sollte die Regelung eigenverantwortlich innerhalb der jeweiligen Kassenart gestaltet werden können.

3. Stellungnahme zu den Formulierungshilfen (I),

in der Fassung vom 12.09.2009

- **§ 43 Abs. 2 SGB V** (Sozialmedizinische Nachsorge) - Formulierungshilfe Änderungsantrag 6 vom 12.09.2008

Mit den geplanten Änderungen der Vorschrift wird im Wesentlichen die Leistung der sozialmedizinischen Nachsorge in eine Pflichtleistung für die Krankenkasse umgewandelt, die Möglichkeit einer Förderung (in Abgrenzung zu einer Vollfinanzierung) gestrichen sowie die Altersgrenze der anspruchsberechtigten Kinder vom heutigen vollendeten 12. Lebensjahr auf in der Regel das vollendete 14. und in besonders schweren Fällen das vollendete 18. Lebensjahr heraufgesetzt.

Die Leistung der sozialmedizinischen Nachsorge ist eine stark durch das Ehrenamt geprägte Leistung. Um dieses auch weiterhin einzufordern, sollte den Krankenkassen auch zukünftig die Möglichkeit eingeräumt werden, die Leistung "nur" zu fördern (= teilweise zu finanzieren). Die Umwandlung in eine Pflichtleistung hat keine Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen, da die Krankenkassen auch heute bereits zur Erbringung der Leistung verpflichtet sind, wenn die Anspruchsvoraussetzungen und die medizinische Notwendigkeit vorliegt. Als Pflichtleistung werden die Ausgaben für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im RSA bzw. zukünftig im Gesundheitsfonds berücksichtigt. Dies ist zu begrüßen.

Die Anhebung der Altersgrenze auf das vollendete 14. Lebensjahr ist nachvollziehbar, da dies im Einklang mit dem Jugendrecht steht, wonach der Begriff "Kinder" auch dort bis zum vierzehnten Lebensjahr verwendet wird. Hingegen ist die Ausweitung für besonders schwere Fälle auf das vollendete 18. Lebensjahr als sehr kritisch anzusehen. Vor dem Hintergrund, dass sich die Leistung der sozialmedizinischen Nachsorge an chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder richtet, ist nicht klar, was in Abgrenzung dazu dann "besonders schwerwiegende" Fälle sind. Ohne Zweifel ist jedes chronisch kranke oder schwerstkranke Kind ein schwerwiegender Fall. Insofern ist die Ergänzung zu streichen, da sie in der Praxis zu großen

Auslegungsschwierigkeiten und damit ggf. zu einer deutlichen Leistungsausweitung führen wird.

- **§ 69 SGB V** (Anwendbarkeit des Vergaberechtes) - Formulierungshilfe Änderungsantrag 7 vom 12.09.2008

Die Feststellung, dass die Anwendung des Vergaberechtes durch § 69 SGB V künftig nicht mehr gesperrt wird, schafft ein gewisses Mehr an Rechtssicherheit. Im Gegensatz dazu ist die vorgelegte Gesetzesbegründung eher geeignet, bestehende Rechtsunsicherheiten zu vertiefen als zu beseitigen. Sie erklärt zwar zu Recht, dass die Umstände des Einzelfalles dafür maßgeblich sind, ob ein öffentlicher Auftrag vorliegt, unternimmt aber dennoch eine Differenzierung nach Vertragstypen, bei denen in der Regel ein öffentlicher Auftrag vorliegt und solchen, bei denen dies nicht der Fall ist. Diese Typisierung ist missverständlich. Die Begründung enthält zudem Interpretationen vergaberechtlicher Vorschriften, die sich weder dem Text dieser Vorschriften noch dem des geplanten § 69 SGB V entnehmen lassen (z. B. die Gleichsetzung der Entscheidung des Gesetzgebers zur Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 SGB V mit einer Auswahlentscheidung der Krankenkasse). Die Begründung sollte daher eindeutiger gefasst werden.

Die zweite Neuregelung - die Maßgabe, den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen ist - ist auch unter Zuhilfenahme der diesbezüglichen Begründung unverständlich und nicht justitiabel. Es ist zwar richtig, dass sich die genannten Verträge von den fiskalischen Hilfsgeschäften wie Kauf von Büromaterialien, Errichtung von Gebäuden usw. ganz wesentlich unterscheiden. In welchem Maße und in welcher Art Krankenkassen, Vergabekammern und Landessozialgerichte "den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen besonders zu berücksichtigen haben", bleibt aber letztlich offen, insbesondere ob und inwieweit von Regelungen des Vergaberechtes abgewichen werden kann.

- **§ 73 b SGB V** (Hausarztzentrierte Versorgung) - Formulierungshilfe Änderungsantrag 8 vom 12.09.2008

Die Regelung beinhaltet die Schaffung eines gesetzlichen Monopols zugunsten der Hausarztverbände mit Kontrahierungszwang bis zum 30.06.2009. Erst mit dem GKV-WSG wurde die hausärztliche Versorgung der Versicherten vollständig von der kollektivvertraglichen Organisation in die selektivvertragliche Organisation überführt. Mit Hilfe der Selektivverträge sollte nach dem Willen des Gesetzgebers die zukünftige Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung ausschließlich im dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem organisiert werden. Mit der nun vorgesehenen Regelung wird den Krankenkassen das ihnen bisher übertragene Auswahlermessen (gem. GKV-WSG) im Hinblick auf den Vertragspartner genommen.

Die Vorrangstellung der Hausarztverbände bedeutet eine massive Benachteiligung anderer Arztgruppen und Organisationen, die bisher als Vertragspartner zugelassen waren.

Unverständlich ist weiterhin die in Abs. 4 Satz 5 vorgesehene Ungleichbehandlung weiterer möglicher Vertragspartner nach Satz 3 dergestalt, dass hier kein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, sondern eine Ausschreibung zu erfolgen hat.

Darüber hinaus widerspricht es dem Wesen des Selektivvertrages, dass ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht und mittels Schiedsperson durchgesetzt werden kann. Ergänzend dazu ist anzumerken, dass die Ausgestaltung des Schiedsverfahrens (Schiedsperson statt Schiedsamt) nicht den Regelungen des Schiedswesens im SGB V entspricht.

- **§ 126 SGB V** (Versorgung durch Vertragspartner) - Formulierungshilfe Änderungsantrag 12 vom 12.09.2008

Durch die Etablierung eines Präqualifizierungsverfahrens in Absatz 1a soll erreicht werden, dass Leistungserbringer in der Hilfsmittelversorgung den Nachweis erbringen können, dass sie die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der von ihnen hergestellten bzw. abgegebenen Hilfsmittel erfüllen. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nachkommen können, diese Voraussetzungen zu prüfen und sicherzustellen.

Das nähere Verfahren soll vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Interessenverbänden der Leistungserbringer auf der Bundesebene vertraglich fixiert werden. Die Krankenkassen haben die auf dieser Basis erfolgten Bestätigungen der Eignung bundesweit zu akzeptieren. Die Umsetzung soll über "geeignete Stellen" erfolgen. Um über ausreichende Zeit für die Implementierung des Präqualifizierungsverfahrens zu verfügen, wird die Übergangsfrist nach § 126 Abs. 2 SGB V - Fortgeltung der bisher erfolgten Zulassungen - bis zum 30.06.2010 verlängert.

Die Etablierung eines Präqualifizierungsverfahrens ist grundsätzlich sachgerecht, um eine hinreichende Qualifikation von Leistungserbringern in der Hilfsmittelversorgung auch außerhalb von Ausschreibungsverfahren sicherzustellen. Zur reibungslosen und kostengünstigen Umsetzung bietet sich an, auf die etablierten Strukturen des bisherigen Zulassungsverfahrens bei den Krankenkassen zurückzugreifen. Um den Aufwand auf der Seite der Leistungserbringer zu minimieren (einmalige Vorlage der Unterlagen), ist sicherzustellen, dass die Ergebnisse der Prüfung der Qualifikation auf Seiten der Krankenkassen gegenseitig anerkannt werden. In einigen Ländern ist dies im Rahmen des Zulassungsverfahrens bereits geübte Praxis und wird von bestehenden kassenartenübergreifenden Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen durchgeführt.

Die Formulierungshilfe zu § 126 SGB V hebt in dem neuen Absatz 1a, Satz 2 auf "geeignete Stellen" ab. Dies birgt die Gefahr, Doppelstrukturen zu schaffen oder - insbesondere bei der Wahl eines zentralistischen Ansatzes - die Qualifizierungsverfahren unnötig zu de-regionalisieren. In letzterem Falle würden neue Strukturen auf Kosten von bestehenden und qualifizierten Arbeitsplätzen in der Region geschaffen. Für die Leistungserbringer würde das Verfahren anonymer und der kurze Dienstweg im Antragsverfahren von vornherein verschlossen. Der VdAK/AEV

schlägt daher vor, dass in dem neuen Absatz 1a, Satz 2 die Wörter "geeignete Stellen" durch "Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen auf Landesebene" ersetzt werden.

- **§ 127 SGB V** (Verträge zur Hilfsmittelversorgung) - Formulierungshilfe Änderungsantrag 13 vom 12.09.2008

Die Umstellung des Ausschreibungsgebotes in Absatz 1 in eine "Kann-Vorschrift", ist sachgerecht und nachvollziehbar.

Dagegen ist eine gemeinsame Empfehlung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich - wie in Absatz 1a gefordert - nicht notwendig und würde zudem den Vertragswettbewerb minimieren. Die Frage der Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen lässt sich nicht an objektiven produktbezogenen Kriterien allein klären. Es sind immer auch unternehmensinterne Aspekte, wie die vertragspolitische Grundausrichtung oder Verwaltungsaufwände zu berücksichtigen. Da die Leistungserbringerorganisationen Ausschreibungen generell ablehnen, werden Bereiche nicht einvernehmlich abgestimmt werden können. Auch eine im Schiedsverfahren bestimmte Liste von zweckmäßigen Ausschreibungsbereichen bliebe wirkungslos, da angesichts der "Kann-Vorschrift" die Krankenkassen nicht an die Liste gebunden sind. Vielmehr sind weitere Streitigkeiten programmiert, sofern 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. Da die vorgesehene Regelung keine Klarstellung schafft und auch keine rechtsverbindliche Wirkung entfalten kann, schlägt der VdAK/AEV daher vor, auf diese Regelung zu verzichten.

Die Informationspflicht der Krankenkassen in Absatz 2 Satz 4 über die Inhalte geschlossener Verträge gibt den Leistungserbringern die Möglichkeit, sich ein umfassendes Bild über die Vertragssituation zu verschaffen. Dieses kann die originären Vertragspartner einer Krankenkasse benachteiligen, deren Vertragsverhältnisse für Mitbewerber offen läge. Da die nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringer über einen Informationsüberblick ungerechtfertigt bevorteilt werden können, schlägt der VdAK/AEV vor, auf diese Regelung zu verzichten.

Ein generelles Beitrittsrecht aller Leistungserbringer zu allen nicht durch Ausschreibungen zustande gekommenen Verträgen - wie in Absatz 2a gefordert - wird einen Wettbewerb um günstige Preise und gute Qualität verhindern. Für einen Anbieter wäre es nicht mehr attraktiv, sich durch günstige Angebote zu profilieren, da ein Vorstoß keinen Vorteil gegenüber der Konkurrenz bringt. Da die vorgesehene Regelung dem Wettbewerbsgedanken widerspricht und Anbietern den Anreiz nimmt, Kassen Angebote zu unterbreiten, schlägt der VdAK/AEV vor, auf diese Regelung zu verzichten.

- **§ 128 SGB V** (Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten) – Formulierungshilfe Änderungsantrag 14 vom 12.09.2008

Der Regelung wird grundsätzlich zugestimmt. Die Umsetzung ist jedoch für die praktische Umsetzung nicht detailliert genug geregelt. In Abs. 3 fehlt eine Regelung wie weit der vorgesehene Versorgungsausschluss geht. Erfolgt der Ausschluss nur für den betroffenen Versorgungsbereich oder für alle Versorgungsbe-
reiche, für die der Leistungserbringer einen Vertrag mit der Kasse hat? Aus
Rechtssicherheitsgründen ist eine Klarstellung zwingend erforderlich.

In Abs. 4 ist der Grundsatz geregelt, dass ärztliche Leistungen im Rahmen der
Hilfsmittelversorgung, die über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehen,
unmittelbar von den Kassen gezahlt werden sollen. Es bleibt jedoch offen, wie die
Vergütung der Ärzte erfolgen soll, z. B. ob hier Verträge zwischen Ärzten und
Kassen zu schließen sind. Eine Klarstellung ist erforderlich.

Abs. 5 sieht eine Meldung von Auffälligkeiten an Ärztekammern im Falle von Zu-
weisungen von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer durch Ärzte vor. Um
diese Form der Zusammenarbeit zu unterbinden, sind neben der Meldung an die
Ärztekammern auch Vertragsstrafen sowie Versorgungsausschlüsse vorzusehen.

- **§ 252 SGB V** (Beitragszahlung) - Formulierungshilfe Änderungsantrag 20 vom
12.09.2008

Für den Bereich des Gesamtsozialversicherungsbeitrags regelt § 28 n SGB IV in
Verbindung mit der Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Ab-
rechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (Beitragsverfah-
rensverordnung - BVV), in welcher Reihenfolge eine (Beitrags-)Schuld eines Ar-
beitgebers oder eines sonstigen Zahlungspflichtigen, der mit mehreren Zahlungen
im Rückstand ist und nunmehr eine Zahlung erbringt, die nicht zur Befriedigung al-
ler Forderungen ausreicht, zu tilgen ist, wenn der Arbeitgeber hierüber keine Aus-
sagen trifft.

Durch die Regelung wird eine Anwendung für freiwillig versicherte Mitglieder si-
chergestellt, für die es bisher keine festgelegte Tilgungsreihenfolge gibt und daher
in der Folge unterschiedlich interpretiert wird, welche Tilgungsreihenfolge maßge-
bend ist. Die Änderung sorgt insoweit für mehr Rechtssicherheit.

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V ist - im Gegensatz zu der
Prämienzahlung nach § 53 SGB V - Teil des Sozialversicherungsbeitrages des
Versicherten. Das hat der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zum GKV-
Wettbewerbstärkungsgesetz [BT-Drs.: 16/3100; zu Nummer 161 (§ 242)] ex-
plizit ausgeführt. Deshalb schlägt der VdAK/AEV eine Tilgungsreihenfolge vor, bei
der Zusatzbeitrag und Selbstzahlerbeitrag gleichrangig behandelt werden.

Die Formulierungshilfe für den Absatz 3 müsste daher am Ende von Satz 2 um
den Halbsatz: "...; geschuldete Beiträge und Zusatzbeiträge sind dabei gleichran-
gig zu tilgen." ergänzt werden.

- **§ 271 a neu SGB V** (Einnahmen Gesundheitsfonds) - Formulierungshilfe Änderungsantrag Stand 12.09.2008

Der neu eingeführte § 271 a SGB V sieht vor, die Gründe für erheblich ansteigende Beitragsrückstände einer Krankenkasse gegenüber dem BVA zu berichten und die Gründe hierfür plausibel zu machen. Gelingt es der Krankenkasse nicht, das BVA mittels entscheidungserheblicher Unterlagen davon zu überzeugen, dass die Beitragsrückstände unverschuldet sind, sind Säumnisgebühren zu entrichten.

Die Einführung der Vorschrift selbst ist unkritisch, da der ordnungsgemäße Beitragseinzug sowie die Weiterleitung der Beiträge sichergestellt werden soll. Grundsätzlich ist jedoch mit Blick auf die strengen Maßstäbe für die unverschuldete Pflichtverletzung anzumerken, dass offensichtlich die Beweislastumkehr in dem Sinne gelten soll, dass die Krankenkassen sich entlasten müssen. Üblicherweise muss aber derjenige, der den Anspruch geltend macht, das Vorliegen der Voraussetzungen nachweisen.

Die jetzige Ausgestaltung führt zu einer Vielzahl von Rechtsunsicherheiten wegen der Ausgestaltung der Tatbestandsmerkmale. Es handelt sich im § 271 a neu SGB V überwiegend um unbestimmte Rechtsbegriffe, die dem Interpretationsspielraum des Einzelnen obliegen und deshalb keine einheitliche Anwendung der Vorschrift gewährleisten. Das wird Probleme sowohl beim BVA verursachen, das nicht klar erkennen kann, wann die Vorschrift einschlägig ist, als auch bei den Krankenkassen, die die Rechtslage im Vorfeld möglicherweise anders beurteilen. Beispiele hierfür sind: "erhebliche Beitragsrückstände", "Gründe glaubhaft machen", "Anstieg nicht auf Pflichtverletzung zurückzuführen", "geeignete Unterlagen", "unverschuldete Beitragsrückstände".

Der VdAK/AEV weist in diesem Zusammenhang auf das ungelöste Problem einer zunehmenden Zahl säumiger Beitragszahler im Zusammenhang mit der Neuregelung im GKV-WSG hin. Seit dem 1. April 2007 sind bislang Nicht-Krankenversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig geworden. Außerdem können freiwillige Mitglieder der GKV bei Nichtzahlung der Beiträge ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht mehr verlieren (Anspruch auf Notfallbehandlung). Die Ersatzkassen sind in besonderem Maße betroffen, da sie mehr als die Hälfte aller rückständigen Beiträge zu beklagen haben. Säumniszuschläge würden sie ggf. in besonderem Maße treffen, ohne dass sie für die Ursachen verantwortlich sind.

- **§ 31 Abs. 4 RSAV** (Abschlagsverfahren) - Formulierungshilfe Änderungsantrag 37 vom 12.09.2008

Mit der Einfügung wird bezweckt, dass das Bundesversicherungsamt seine Festlegungen auch unterjährig anpassen kann, wenn die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) oder die Arzneimittelklassifikation verändert wird, um die im Sinne der getroffenen Festlegungen korrekte Zuordnung von Versicherten zu den entsprechenden Morbiditätsgruppen auf Basis der für den Jahresausgleich relevanten Morbiditätsinformationen sicherzustellen. Ohne diese Vorschrift könnte das

Bundesversicherungsamt entsprechende Änderungen erst im Rahmen der für das folgende Ausgleichsjahr zu treffenden Festlegungen vornehmen.

Die hiermit ermöglichte Flexibilisierung des vom BVA festgelegten und im Abschlagsverfahren eingesetzten Morbi-grouper-Modells noch vor Durchführung des Jahresausgleichs ist nicht notwendig. Sie verringert die Planungssicherheit der Krankenkassen, was unterjährig zu ungeplanten Änderungen im Mittelaufkommen der einzelnen Krankenkasse führen kann.

- **Artikel 8 GKV-SoIG** (Finanzierung der Weiterbildung Allgemeinmedizin) Formulierungshilfe Änderungsantrag 33 vom 12.09.2008

Der Absatz 4 soll ergänzt werden um die Regelung, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen (d. h. im stationären und ambulanten Bereich) eine angemessene Vergütung erhalten. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen soll insgesamt mindestens 5000 Stellen betragen. Weiterhin wird ein Absatz 5 angefügt. Darin wird aufgezeigt, was in dem zu schließenden Vertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geregelt werden kann. Punkt 3 des Absatzes sieht vor, dass in einem Förderzeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauf folgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden können.

Der Absatz 4 lässt durch die vorliegende Formulierung "mindestens 5000 Stellen bei angemessener Vergütung" eine genaue Fördersumme offen. Da die Vergütung und die maximale Anzahl der Stellen nicht näher definiert sind, besteht hier die Gefahr von nicht kalkulierbaren Mehrausgaben.

Die in Absatz 5 Punkt 3 beschriebene Übertragung von „nicht abgerufenen Fördermitteln“ passt nicht zu Absatz 4. Es gibt keine Obergrenze an Förderstellen, daher gibt es keine festgeschriebene Fördersumme. Die Fördersumme richtet sich in jedem Jahr neu nach der Anzahl der Teilnehmer.

Der VdAK fordert daher, den Absatz 5 Punkt 3 zu streichen.

4. Stellungnahme zu den Formulierungshilfen (II),

in der Fassung vom 02. und 03.09.2008

- **§ 271 Abs. 2 SGB V** (Gesundheitsfonds) gemäß der Fassung des Artikels 1 Nr. 182 GKV-WSG – Formulierungshilfe Änderungsantrag 33 vom 02.09.2008

Die Vorschrift sieht eine zeitliche Streckung des Aufbaus der Liquiditätsreserve auf sechs Jahre vor. Zudem wird festgelegt, dass sie im Endzustand die Größenordnung eines Fünftels einer durchschnittlichen Monatsausgabe erreichen soll.

Die Änderung präzisiert die bisherige Vorschrift. Hinsichtlich der Größenordnung der Liquiditätsreserve ist festzustellen, dass sie deutlich geringer als das heutige Betriebsmittel-Soll und -Ist der Krankenkassen veranschlagt wird. Fraglich ist, ob die-

se Größenordnung nicht zu unerwünschten Liquiditätsengpässen des Fonds führen kann, der dann einen Liquiditätskredit des Bundes zur Folge haben könnte. Bezüglich des gestreckten Zeitraums von sechs Jahren bis zur Erreichung des vollen Umfangs der Liquiditätsreserve ist anzumerken, dass dies ggf. den Bedarf nach Liquiditätskrediten des Bundes an den Fonds fördert.

- **§ 271 Abs. 7 neu SGB V** (Gesundheitsfonds) gemäß der Fassung des Artikels 1 Nr. 182 GKV-WSG – Formulierungshilfe Änderungsantrag 33 vom 02.09.2008

Die Prüfungen zum Beitragseinzug und zur Beitragsweiterleitung werden durch diese Vorschrift und verschärft. Dies vor allem durch die Möglichkeit, festgestellte Fehler durch Hochrechnung derselben zu sanktionieren.

Hier entsteht ein erheblicher zusätzlicher Prüfaufwand sowohl für die Prüfdienste zulasten der Krankenkassen als auch für die Vorbereitung und Durchführung der Prüfungen in den Krankenkassen selbst. Aus heutiger Sicht erscheint es nicht notwendig, die Prüfungen im Beitragsbereich in dieser Weise zu verschärfen.

- **§ 272 SGB V** (Konvergenzregel) – Formulierungshilfe Änderungsantrag 24 vom 02.09.2008

Grundsätzlich lehnt der VdAK/AEV die in der Vorschrift des § 272 SGB V zum Ausdruck gebrachte Übergangsregelung zur Entlastung von Krankenkassen in Bundesländern mit überdurchschnittlichem Ausgabenniveau ab. Die Zielsetzung der Vorschrift ist in sich nach wie vor nicht stimmig. Im ersten Satz wird von einem Ausgleich der Belastungen "auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds" gesprochen, während in der Begründung das eigentliche Ziel der Subventionierung von Ländern mit überdurchschnittlichem Ausgabenniveau ausgeführt wird.

Der neu formulierte Paragraph 272 SGB V mag zwar hinsichtlich der praktischen Durchführbarkeit der Übergangsregel klarer und konsistenter sein, jedoch wird im Ergebnis immer nur eine Schätzung der Effekte erzielbar sein, die mehr oder weniger korrekt und daher angreifbar sein wird. So z. B. ist eine Fortschreibung der RSA-Forderungen und -verpflichtungen mittels der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGBV an sich abwegig und führt zu falschen Ergebnissen, da die Beitragsbedarfsseite keinerlei Berücksichtigung findet.

Dass gemäß Absatz 2 die Mittel zur Erhöhung von Zuweisungen für belastete Bundesländer aus der Liquiditätsreserve entnommen werden, ist nicht sachgerecht. Die entsprechend zu erwartenden Ausgleichsbeträge müssen statt dessen in die Kalkulation des einheitlichen Beitragssatzes des Gesundheitsfonds einbezogen werden.

- **§ 33a Abs. 6 RSAV** (Ermittlung der fortgeschriebenen Einnahmen) – Formulierungshilfe Änderungsantrag 40 vom 02.09.2008

Der Formulierungsvorschlag enthält in den Absätzen 5 und 6 Regelungen zur Ermittlung von Risikopoolausgleichsansprüchen oder –verpflichtungen. Dabei sollen die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben um die Finanzkraft gemindert werden.

Die Begrifflichkeiten sind nicht richtig gewählt: es muss richtigerweise der Risikopoolbetrag, nicht die seiner Ermittlung zugrunde liegenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben berechnet werden. Der Risikopoolbetrag wird zur Ermittlung des Ausgleichsanspruchs oder der -verpflichtung im Risikopool um die Finanzkraft gemindert.

Absatz 6 Nr. 1 müsste richtigerweise lauten: „Die Poolbeträge aller in einem Land tätigen Krankenkassen werden anhand der nach § 34 Abs. 1 erhobenen Daten in entsprechender Anwendung des § 28a Abs. 4 Nr.1 ermittelt,...“.

Es ist unklar, ob die Risikopoolbeträge auf neuer Datengrundlage für 2009 nach dem bisherigen Modus neu berechnet werden oder ob Ergebnisse aus 2008 nur fortgeschrieben werden.

- **§ 33b Abs. 3 RSAV** (Ermittlung der Zuweisungen) – Formulierungshilfe Änderungsantrag 40 vom 02.09.2008

Der neue § 33 RSAV enthält eine Rechenvorschrift zur Berechnung der länder-spezifischen Zuweisungen. „Die für die Gesamtkasse bundesweit ermittelten Zuweisungen werden je Krankenkasse durch die Versicherungstage der Versicherten der Krankenkasse geteilt und mit den Versicherungstagen der in dem Land wohnhaften Versicherten vervielfacht. Die Summe der Ergebnisse nach Satz 1 aller in einem Land tätigen Krankenkassen ergibt die bundeslandspezifischen Zuweisungen.“

Diese Rechenvorschrift sieht eine unnötig pauschalierende Ermittlung der länderbezogenen Zuweisungen vor, die die spezifischen Risikostrukturen der Versicherten eines Landes bei bundesunmittelbaren oder länderübergreifend tätigen Krankenkassen unberücksichtigt lässt. Diese Vorgehensweise ist zu unpräzise: tatsächlich liegen dem BVA mit den Daten nach § 34 RSAV regionale Angaben zu den Versicherten vor, die mit den Morbiditätsinformationen gemäß § 30 RSAV verknüpfbar sind. Diese Information muss bei den Berechnungen genutzt werden.