

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0  
Fax +49 (0) 30 206 288-88  
Mail [politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
Internet [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## Ergänzende Stellungnahme

des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2009

zu Änderungsanträgen der Fraktionen von

- ▶ CDU/CSU und SPD, Ausschussdrucksache 16(14)0527,
- ▶ DIE LINKE, Ausschussdrucksachen 16(14)523(1) und (2),

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arznei-  
mittelrechtlicher und anderer Vorschriften (Bundes-  
tagsdrucksache 16/12256)

## Inhalt

A. Vorbemerkung .....	3
B. Stellungnahmen zu den Änderungs- anträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD.....	4
C. Stellungnahmen zu den Änderungs- anträgen der Fraktion DIE LINKE .....	35



## A. Vorbemerkung

- ▶ Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes und anderer Vorschriften vom 16.03.2009 (Bundestagsdrucksache 16/12256) hat der GKV-Spitzenverband zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit eine Stellungnahme mit Datum vom 28.04.2009 vorgelegt.
- ▶ Im Folgenden wird ergänzend zu den in den Ausschuss eingebrachten Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD [Ausschussdrucksache 16(14)0527] sowie der Fraktion DIE LINKE [Ausschussdrucksachen 16(14) 523(1) und (2)] Stellung bezogen.

## B. Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD

### Änderungsantrag 1

Zu Artikel 12a - neu - (Öffnung der Krankenpflegeausbildungen für Hauptschulabschlüsse)

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Zugang zu den Ausbildungen soll durch eine Änderung in § 5 Krankenpflegegesetz auch Interessenten mit Hauptschulabschluss oder einer gleichwertigen Schulbildung ermöglicht werden.

#### B) Stellungnahme

Gegen die geplante Öffnung der Krankenpflegeausbildungen bestehen keine Bedenken.

#### C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

## Änderungsantrag 2

Zu Artikel 13a - neu - (Sicherstellung der Ausnahme von der Versicherungs-  
pflicht für Asylbewerber)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag wird geregelt, dass für alle nach dem Asylbe-  
werberleistungsgesetz Leistungsberechtigten keine Pflicht zur Versiche-  
rung nach § 193 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) besteht.

Damit erhalten alle Asylbewerber ihre Leistungen bei Krankheit nach den  
Vorschriften des Asylbewerberleistungsgesetzes.

### B) Stellungnahme

Die gesetzliche Krankenversicherung ist von diesem Antrag nicht unmit-  
telbar berührt.

### C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Ergänzende Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2009 zu Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD sowie der Fraktion DIE LINKE zum Regierungsentwurf einer 15. AMG-Novelle [Ausschussdrucksachen 16(14)0527 sowie 16(14)523(1) und (2)]



### Änderungsantrag 3

Zu Artikel 14a – neu – (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Es handelt sich um eine Folgeänderung des Änderungsantrags 5 zu Artikel 15 Nummer 01 – neu –, der eine Änderung des Leistungsanspruchs bei Beitragsverzug in § 16 Abs. 3a SGB V vorsieht.

Die vorgeschlagene Neureglung im SGB V wird mit Änderung des § 8 Abs. 2a KVLG 1989 inhaltsgleich für die landwirtschaftliche Krankenversicherung übernommen.

Die Stellungnahme zu Antrag 5 gibt auch die Auffassung des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wieder. Insoweit wird in Abstimmung mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung auf diese verwiesen.



## Änderungsantrag 4

### Zu Artikel 14b - neu - (Beitragszuschuss der BA bei Hilfebedürftigkeit)

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll eine Lücke in der Grundsicherung für Arbeitsuchende geschlossen werden. Während bei freiwillig gesetzlich und privat krankenversicherten Personen der Beitrag zur Krankenversicherung übernommen wird, wenn und soweit die Versicherten allein durch die Tragung dieser Beiträge hilfebedürftig würden, besteht eine solche Regelung für gesetzlich Pflichtversicherte seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr. Die Lücke würde mit der vorliegenden Änderung in der Weise geschlossen, dass der Träger der Grundsicherung die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in dem zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit notwendigen Umfang übernimmt.

#### B) Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Regelungen werden seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

Allerdings bedarf es einer Ergänzung in Bezug auf die Übernahme von Beitragsrückständen im Falle der Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Durch Änderungsantrag Nr. 5 sollen auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vom Ruhen der Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ausgenommen werden. Damit wird der Sanktionscharakter der Ruhensregelung noch weiter aufgeweicht. In Analogie zu dem in der Stellungnahme zu Änderungsantrag Nr. 5 unterbreiteten Vorschlag der Übernahme von Beitragsrückständen durch die Träger der Sozialhilfe wird vorgeschlagen, auch die Übernahme rückständiger Beiträge durch die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende vorzusehen.

### C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 4 zu Artikel 14b - neu - wird wie folgt ergänzt:

3. Es wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Die Übernahme der Beiträge nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2, Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 umfasst auch Beitragsrückstände. Dies gilt auch für Beitragsrückstände aus der Zeit vor dem Eintritt des Leistungsbezuges oder der Hilfebedürftigkeit.“

## Änderungsantrag 5

### Zu Artikel 15 Nr. 01 – neu – (Leistungsanspruch bei Beitragsverzug)

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 16 Abs. 3a SGB V wird klargestellt, dass sich die Regelung zum Ruhen des Leistungsanspruchs im Falle von Beitragsrückständen allein auf das zur Zahlung verpflichtete Mitglied bezieht, die Ruhensregelung Früherkennungsuntersuchungen nicht umfasst und bei Vereinbarung einer Ratenzahlung auszusetzen ist.

#### B) Stellungnahme

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den GKV-Spitzenverband und die Aufsichtsbehörden mit Schreiben vom 23. Januar 2009 über seine geänderte Rechtsauffassung zur Anwendung der Ruhensregelung des § 16 Abs. 3a SGB V informiert. Es wird begrüßt, dass nunmehr über eine entsprechende gesetzliche Regelung die notwendige Rechtsklarheit und -sicherheit hergestellt werden soll.

Durch das vorgesehene abstellen auf „Mitglieder, die Beitragsrückstände haben“, wird einerseits die beabsichtigte Intention erreicht, dass mitversicherte Familienangehörige von der Ruhensanordnung unberührt bleiben. Andererseits führt dies jedoch auch dazu, dass Familienversicherten, die in einer der Familienversicherung vorangegangenen eigenen Mitgliedschaft Beitragsrückstände aufgebaut und nicht getilgt haben, ebenfalls ein voller Leistungsanspruch einzuräumen ist. In diesen Fällen bestünde demnach keinerlei Sanktionsmöglichkeit und damit kein Anreiz zur Tilgung der Beitragsrückstände. Dies wäre nicht sachgerecht.

Die Ausnahmen von der Ruhensregelung sollen ferner auf die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ausgedehnt werden. Dies

hätte zur Folge, dass die Sanktionsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Nichtzahlung der Beiträge noch weiter eingeschränkt werden, da nur bei sehr wenigen Leistungen der Krankenversicherung die Ruhensregelung in der Praxis greifen wird. Der ursprünglichen gesetzlichen Intention einer angemessenen Sanktionsregelung zur Sicherstellung einer vollständigen Beitragszahlung im Kontext der Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht kann die Regelung damit kaum mehr gerecht werden. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die gesetzlichen Regelungen im SGB XII zur Beitragsübernahme durch die Sozialhilfeträger bzw. im SGB II zur Beitragsübernahme durch die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende auf die Begleichung von Beitragsrückständen auszuweiten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten den grundsätzlichen Bedarf für eine solche Regelung bereits mit Schreiben vom 11.10.2007 an die Bundesgesundheitsministerin deutlich gemacht.

Die in § 16 Abs. 3a Satz 3 SGB V vorgesehene Ergänzung, dass bei Vereinbarung von Ratenzahlung das Ruhen vorzeitig für beendet zu erklären ist, bedarf zur Vermeidung von Missverständnissen der Konkretisierung. So sollte klar geregelt sein, dass das Ruhen der jeweiligen Leistungsansprüche mit sofortiger Wirkung wieder einsetzt, sobald der Schuldner mit der Ratenzahlung in Verzug gerät.

### C) Änderungsvorschlag

In Änderungsantrag 5 zu Artikel 15 Nr. 01 - neu - wird Buchstabe b) wie folgt gefasst:

b) Folgende Sätze werden angefügt:

Die Krankenkasse hat bei Vereinbarung von Ratenzahlung das Ruhen vorzeitig für beendet zu erklären. Kommt das Mitglied mit der Ratenzahlung in Verzug, Ruhen die Leistungsansprüche mit sofortiger Wirkung vom Zeitpunkt des

Verzuges an bis zu dessen Beendigung. Die Sätze 2 bis 4  
gelten auch für Familienversicherte, die Beitragsrückstän-  
de aus vorangegangenen eigenen Mitgliedschaften aufge-  
baut und nicht getilgt haben.

Die konkreten Änderungsvorschläge zur Übernahme der rückständigen Bei-  
träge durch die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind bereits  
in der Stellungnahme zum Änderungsantrag 4 enthalten.

Durch einen neuen Artikel 19 wird folgende Änderung des Zwölften Buches  
Sozialgesetzbuch vorgenommen:

„1. Dem § 32 wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 bis 4 um-  
fasst auch Beitragsrückstände. Dies gilt auch für Beitragsrück-  
stände aus der Zeit vor dem Eintritt des Leistungsbezuges oder  
der Hilfebedürftigkeit.“

## Änderungsantrag 6

Zu Artikel 15 Nr. 02 - neu - (spezialisierte ambulante Palliativversorgung in stationären Hospizen)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherten in stationären Hospizen wird neben dem Anspruch auf stationäre Hospizleistungen ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung – bezogen auf ärztliche Leistungsanteile – eingeräumt

### B) Stellungnahme

Stationäre Hospize sind nach § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V Einrichtungen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird. Die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen geschlossene Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13.03.1998, i. d. F. vom 09.02.1999, konkretisiert dies dahingehend, dass stationäre Hospize

- selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag sind, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen und
- über eine besondere Ausstattung verfügen, die eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet.

Stationäre Hospize haben damit einen über die pflegerische Versorgung und Betreuung hinausgehenden Versorgungsauftrag. Sie grenzen sich insoweit von stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 SGB XI ab

und sind von daher als spezielle stationäre Einrichtungen für Palliativpatienten zu qualifizieren.

In Bezug auf die ärztliche Versorgung im stationären Hospiz sieht die o. g. Rahmenvereinbarung in § 3 Abs. 6 vor, dass das Hospiz die notwendige medizinisch-palliative ärztliche Behandlung der Patienten sicherzustellen hat. Dabei wird die ärztliche Behandlung im Rahmen des § 28 SGB V übernommen, so dass das Hospiz gewährleisten muss, dass die Hospizpatienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ärztlich versorgt werden. Ist die vertragsärztliche Versorgung im Einzelfall aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs – der im ambulanten Bereich ggf. zu einem Anspruch auf SAPV mit ärztlichen Leistungsanteilen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung führen kann – nicht ausreichend, hat das stationäre Hospiz entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag aus § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V für eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung Sorge zu tragen.

Zur Sicherstellung einer angemessenen palliativärztlichen Versorgung in stationären Hospizen ist es damit nicht erforderlich, neben den bereits umfassend ausgerichteten Anspruch auf stationäre Hospizleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V auch einen Anspruch auf ambulante Teilleistungen nach § 37b SGB V zu setzen. Dies gilt umso mehr, wenn – wie beabsichtigt (siehe Nummer 03 – neu – zu Artikel 15) – die Finanzierung stationärer Hospize auf eine Vollfinanzierung umgestellt wird.

Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, auf die Änderung in § 37b Abs. 1 SGB V zu verzichten.

### C) Änderungsvorschlag

Auf die Einfügung von § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V wird verzichtet.

## Änderungsantrag 7

Zu Artikel 15 Nr. 03 – neu – (Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige satzungsmäßige Festlegung – bei gesetzlicher Untergrenze – des Zuschusses der Krankenkassen zur Finanzierung stationärer Hospize wird durch eine gesetzlich normierte Vollfinanzierung von 90 v. H. (bei Kinderhospizen 95 v. H.) der vereinbarten Tagesbedarfssätze unter Anrechnung der Leistungen der Pflegekassen abgelöst.

Bei der Finanzierung ambulanter Hospizdienste wird die gesetzliche Ausgabenobergrenze aufgegeben. Stattdessen wird ein feststehender Förderbetrag je Leistungseinheit in Höhe von 11 v. H. der monatlichen Bezugsgröße gesetzlich verankert.

Ambulante Hospizdienste können künftig Sterbebegleitung auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe erbringen.

### B) Stellungnahme

Mit den geplanten Änderungen wird die bei Einführung der Zuschussregelungen verfolgte Zielsetzung einer angemessenen Mitfinanzierung der GKV bei den unzweifelhaft wichtigen Begleitleistungen der Hospize verlassen und der Weg in Richtung Vollfinanzierung bestritten. Dies vernachlässigt, dass es sich im Wesentlichen um nicht-medizinische Leistungen handelt. Die damit verbundenen Kostenwirkungen für die GKV können in ihrer Höhe nicht beziffert werden.

Sowohl im Bereich der stationären Hospize als auch der ambulanten Hospizdienste wird mit den aktuellen gesetzlichen Regelungen eine ange-

messene Bezuschussung der Hospizarbeit erreicht. So führten die aktuellen Förderkriterien und Berechnungsparameter etwa im ambulanten Bereich dazu, dass im Förderjahr 2008 im Bundesdurchschnitt ca. 58 v. H. der ambulanten Hospizdienste nicht nur eine Förderung, sondern eine Vollfinanzierung und 85 v. H. der Hospizdienste eine Finanzierung von über 70 v. H. der jeweiligen förderfähigen Aufwendungen erhalten haben.

Die vorgesehenen festen Förderbeträge je Leistungseinheit ohne Ausgabenobergrenze schaffen Anreize zur unwirtschaftlichen Strukturbildung und Mengenausweitung. Das heutige Förderverfahren kann nur wegen der gesetzlichen Förderobergrenze darauf verzichten, konkrete Regelungen

- zum Bedarf an hospizlichen Leistungen im Einzelfall (zu welchem Zeitpunkt setzt die Sterbebegleitung ein und für welchen Zeitraum ist sie erforderlich?),
- zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen internen Struktur einzelner Hospizdienste (welches Verhältnis von Koordinatoren, einsatzbereiten Ehrenamtlichen und Anzahl der Sterbebegleitungen ist angemessen?) sowie
- zu der zur Bedarfsdeckung erforderlichen Hospizstruktur in den Bundesländern

vorzusehen. Auf entsprechende Regelungen müssten sich die Partner der Rahmenvereinbarung bei der beabsichtigten Rechtsänderung verständigen. Zu bedenken ist dabei allerdings die besondere Form der Leistungserbringung durch ehrenamtliche Hospizhelfer sowie der betreuende Charakter der hospizlichen Leistungen, deren objektive Erforderlichkeit als Maßstab von Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen nur sehr begrenzt bewertet werden kann.

Vor diesem Hintergrund werden die geplanten Rechtsänderungen abgelehnt.

Der mit der geplanten Änderung der Finanzierung ambulanter Hospizdienste verfolgten Zielsetzung, eine weitergehende Ausschüttung der in § 39a Abs. 2 Satz 5 SGB V genannten Fördermittel zu erreichen, könnte bei Beibehaltung der bestehenden Rechtslage auch durch eine Regelung zur Übertragung nicht verausgabter Fördermittel auf das Folgejahr Rechnung getragen werden.

### C) Änderungsvorschlag

Auf die geplante Neuregelung der Finanzierung stationärer und ambulanter Hospize wird verzichtet. In Bezug auf die Förderung ambulanter Hospizdienste erfolgt lediglich folgende Ergänzung:

#### a) § 39a Abs. 2 wird um folgenden Satz 6 ergänzt:

"Wird das für die Bezuschussung vorgesehene Fördervolumen nach Satz 5 in einem Kalenderjahr nicht abgerufen, sind die nicht verausgabten Fördermittel auf das Folgejahr zu übertragen."

#### b) Die Sätze 6 und 7 werden zu den Sätzen 7 und 8.

## Änderungsantrag 8

### Zu Artikel 15 Nr. 5 (Sozialpsychiatrie- und Onkologie-Vereinbarung)

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag der Fraktionen von CDU/CSU und SPD sieht eine Erweiterung der mit der AMG-Novelle geplanten Änderung des § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V vor. Neben den Regelungen zur sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) soll nun auch eine angemessene Vergütung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung (Onkologie-Vereinbarung) bundesmantelvertraglich durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung geregelt werden. In dem entsprechenden Vertrag sollen auch Regelungen zur Sicherung der Qualität der onkologischen Leistungen festgelegt werden.

#### B) Stellungnahme

Vereinbarungen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung (Onkologie-Vereinbarungen) zielen auf die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch sollen in der onkologischen Diagnostik und Therapie eine Alternative zur stationären Behandlung angeboten, Versorgungsengpässe vermieden und die vertragsärztliche onkologische Versorgung verbessert werden.

Mit der Vereinbarung wurde eine wohnortnahe ambulante Behandlung und Betreuung durch besonders qualifizierte Vertragsärzte angestrebt, bei der die beteiligten Ärzte eng mit Tumorzentren und onkologischen Fachabteilungen an Krankenhäusern kooperieren sollten. Das gesamte Behandlungs- und Betreuungsgeschehen sollte über spezialisierte Leitstellen koordiniert werden.

Die Onkologie-Vereinbarungen sind aus unterschiedlichen Gründen gekündigt worden. Zum einen spielten hierbei die mögliche Aufnahme von bestimmten Leistungen der onkologischen Behandlung in den EBM sowie die mit dem Eintritt des GKV-Spitzenverbandes erforderliche Zusammenführung der Bundesmantelverträge eine Rolle. Zum anderen ging es um die Frage, ob und inwieweit die im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung gezahlte, gesonderte Vergütung in Zukunft im Rahmen des Budgets verbleiben sollte. Zur Sicherstellung der Versorgung onkologisch erkrankter Patienten hatte der GKV-Spitzenverband für die Krankenkassen einer Übergangsregelung für das 2. Quartal 2009 mit dem ausdrücklichen Vorbehalt zugestimmt, dass eine weitere Verlängerung der vereinbarten Regelungen über den 30.06.2009 hinaus ausgeschlossen sei.

Mit der Realisierung des eingebrachten Änderungsantrages würden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nun verpflichtet, auch für das mit der Onkologie-Vereinbarung bisher kassen- bzw. kassenartenspezifisch geregelte Leistungsangebot einheitliche bundesmantelvertragliche Regelungen zu vereinbaren. Regionale Besonderheiten fänden dabei keine Berücksichtigung.

Der GKV-Spitzenverband sieht nicht die unbedingte Notwendigkeit einer überregionalen, bundeseinheitlichen Regelung. Insbesondere eine einheitliche bundesmantelvertragliche Festlegung der Vergütungshöhe pro Behandlungsfall sowie die entsprechenden Kostenerstattungsregelungen könnten besser regional vereinbart werden, wobei sich die Vergütung an der Qualität der jeweils erbrachten Leistungen orientieren sollte. Dabei geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass die Verträge auf der Landesebene einheitlich und gemeinsam geschlossen werden. Sinnvoll und deshalb bundesmantelvertraglich zu regeln wären eher Rahmenbedingungen der onkologischen Versorgung, die Festlegung von einheitlichen Qualitätsstandards und die Integration einer Evaluation in die Vereinbarung.

Ergänzende Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2009 zu Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD sowie der Fraktion DIE LINKE zum Regierungsentwurf einer 15. AMG-Novelle [Ausschussdrucksachen 16(14)0527 sowie 16(14)523(1) und (2)]



### C) Änderungsvorschlag

§ 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V wird dahingehend spezifiziert, dass GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung Rahmenbedingungen zur integrierten Behandlung onkologisch Erkrankter festlegen, die Vergütungshöhe und die Kostenerstattungsregelungen aber regional vereinbart werden.



## Änderungsantrag 9

### Zu Artikel 15 Nr. 5a - neu - (Datengrundlage BMG)

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll die Transparenz über die Vergütungssituation der Vertragsärzte und die Ausgaben der Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen verbessert und eine sachgerechte und zeitnahe Information des Bewertungsausschusses, des Instituts des Bewertungsausschusses, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie des Deutschen Bundestages zu den damit verbundenen Sachverhalten sichergestellt werden. Die bisherige Regelung nach § 87 Abs. 3a SGB V wird ergänzt um weitere Informationen und um die Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Deutschen Bundestag.

#### B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Initiative zur Erhöhung der Transparenz der vertragsärztlichen Vergütung. Die bisherige Regelung sieht eine jährliche Information des Bundesministeriums für Gesundheit vor. Neben der notwendigen Erweiterung der Berichtspflicht um die Auswirkungen der Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf die Krankenkassen und die regionale Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung, soll nunmehr die Information vierteljährlich zur aktuellen Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung stattfinden. Eine vierteljährliche Berichterstattung wird umfangreiche Kapazitäten des Institut des Bewertungsausschusses binden, die angesichts des sich immer noch im Aufbau befindlichen Instituts für andere Aufgaben fehlen werden. Insoweit ist von einer Übergangsphase bei der Erstellung der quartalsbezogenen Daten durch das im Aufbau befindliche Institut des Bewertungsausschusses auszugehen, die bei der Auftragserteilung durch das Bundesministerium für Gesundheit berücksichtigt wer-

Ergänzende Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2009 zu Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU und SPD sowie der Fraktion DIE LINKE zum Regierungsentwurf einer 15. AMG-Novelle [Ausschussdrucksachen 16(14)0527 sowie 16(14)523(1) und (2)]



den sollte. Ansonsten könnte diese Ressourcenbindung zur Vernachlässigung anderer wichtiger Aufgaben des Institutes des Bewertungsausschusses führen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



## Änderungsantrag 10

Zu Artikel 15 Nr. 6a - neu - (Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird auch für die Hochschulambulanzen (HSA), die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) vorgeschrieben, dass die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübermittlung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln sind.

### B) Stellungnahme

Diese Regelung ist geeignet, potenzielle Fehlerquellen bei der Übermittlung und Aggregation von Daten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu beseitigen, Manipulationsmöglichkeiten einzudämmen und somit einen Beitrag zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich zu leisten.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der bisher nicht bestehenden Verpflichtung für die Bereiche HSA, PIA und SPZ zur Übermittlung der Daten per DTA diese Regelung nicht für das Berichtsjahr 2008 gelten kann. Auch für das Berichtsjahr 2009 ist die Einführung des DTA für diese Bereiche nicht realistisch.

### C) Änderungsvorschlag

Für 2008 und 2009 sollte ergänzend eine Übergangsregelung für die Bereiche HSA, PIA und SPZ geschaffen werden, die die Berücksichtigung der von Krankenkassen nacherfassten Diagnosen zulässt.

## Änderungsantrag 11

Zu Artikel 15 Nr. 6b - neu - (Einbeziehung von Rechenzentren bei der Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenhäusern wird die Möglichkeit eingeräumt, ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen von Notfallbehandlungen über private Abrechnungsstellen abzurechnen. Nach einer Entscheidung des BSG vom 10.12.2008 (Az.: B 6 KA 37/07 R) ist für diesen bereits praktizierten Weg der Datenübermittlung eine gesetzliche Grundlage erforderlich, die hiermit geschaffen werden soll.

### B) Stellungnahme

Mit der geplanten befristeten Neuregelung wird die bereits geübte Praxis nachvollzogen und der Rechtsprechung des BSG entsprochen. Die Regelung berücksichtigt gleichzeitig Datenschutzbelange, so dass aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine Einwände bestehen.

### C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

## Änderungsantrag 12

Zu Artikel 15 Nr. 10a - neu - (Zuweisungen für geschlossene Betriebskranken-  
kassen)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Betriebskrankenkassen, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt, überträgt die vorgesehene Neuregelung die bereits in § 46 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorgesehene Weiterleitung der von der Pflegekasse der Krankenkasse erstatteten personellen Verwaltungskosten an den Arbeitgeber sinngemäß auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Da die Zuweisungen für Verwaltungskosten auch zur Finanzierung der sachlichen Verwaltungskosten dienen, ist die Weiterleitung auf den Anteil beschränkt, der den GKV-durchschnittlichen personellen Verwaltungskosten entspricht. Trägt der Arbeitgeber die Personalkosten der geschlossenen Betriebskrankenkasse nur anteilig, reduziert sich der weiterzuleitende Anteil entsprechend.

### B) Stellungnahme

Diese Regelung wird mit nicht gerechtfertigten Wettbewerbsvorteilen für geschlossene Betriebskrankenkassen begründet, die wie alle anderen Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds standardisierte Zuweisungen zur Deckung von Personalkosten erhalten, diese Mittel jedoch wegen der Tragung der Personalkosten durch den Arbeitgeber für andere Zwecke verwenden können. Die vorgeschlagene Regelung ist grundsätzlich geeignet, die Wettbewerbsbedingungen zu vereinheitlichen. Zur angestrebten Vereinheitlichung wären allerdings nicht 70 v. H. der standardisierten Zuweisungen für Verwaltungskosten, sondern 85 v. H. an den Arbeitgeber weiterzuleiten. Dies entspricht dem durchschnittlichen Anteil der Personalkosten an den gesamten Nettoverwaltungskosten und berücksichtigt, dass die Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c) nicht den GKV-

durchschnittlichen Brutto-, sondern den durchschnittlichen Nettoverwaltungs-  
kosten entsprechen.

### C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 12 zu Artikel 15 Nr. 10a - neu - werden in § 147  
Abs. 2a Satz 1 (neu) die Ziffern "70" durch die Ziffern "85" ersetzt, nach  
dem Wort "weiter" wird ein Komma und hiernach folgender Halbsatz ein-  
gefügt:

"jedoch nicht mehr als der Arbeitgeber an Personalkosten für die Führung  
der Geschäfte tatsächlich trägt".

## Änderungsantrag 13 (Teil 1)

Zu Artikel 15 Nr. 10b Buchstabe a - neu - (Beitragsrechtliche Behandlung  
von weitergereichtem Pflegegeld)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll klargestellt werden, dass das an  
eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld im Sinne des § 37 Abs. 1  
SGB XI keine beitragspflichtige Einnahme im Rahmen einer freiwilligen  
Mitgliedschaft darstellt. Dies soll auch für weitergereichtes Pflegegeld  
gelten, das der Pflegebedürftige von der privaten Pflege-Pflichtversiche-  
rung, anteilig von der Beihilfe oder nach entschädigungsrechtlichen Re-  
gelungen erhalten hat, soweit es insgesamt die Höhe des Pflegegeldes  
nach § 37 Abs. 1 SGB XI nicht übersteigt.

### B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung setzt die in den Beitragsverfahrensgrund-  
sätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes enthaltene abweichende  
Vorgabe im Ergebnis außer Kraft. Als Wertentscheidung des Gesetzgebers  
wird sie akzeptiert.

### C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

## Änderungsantrag 13 (Teil 2)

Zu Artikel 15 Nr. 10b Buchstabe c - neu - (Berücksichtigung von Kinderfreibeträgen bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei freiwilligen Mitgliedern, deren Ehegatte nicht einer gesetzlichen Krankenkasse angehört, werden neben den eigenen Einnahmen grundsätzlich auch die Einnahmen des Ehegatten berücksichtigt. Die Einnahmen des Ehegatten werden jedoch um Belastungen des Familieneinkommens für den Aufwand des Unterhalts von gemeinsamen Kindern gemindert (Freibetrag), soweit diese von der beitragsfreien Familienversicherung ausgeschlossen sind.

Die vorgeschlagene Regelung soll sicherstellen, dass für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigten Kind – unabhängig davon, ob die Voraussetzungen einer beitragsfreien Familienversicherung bestehen – ein Freibetrag berücksichtigt wird.

### B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt, soweit sie auch für familienversicherte Kinder einen Freibetrag bei der Beitragsbemessung einräumt.

In der freiwilligen Krankenversicherung werden die Beiträge grundsätzlich nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Mitglieds bemessen. Bei Mitgliedern, deren Ehegatte oder Lebenspartner nicht einer gesetzlichen Krankenkasse angehört, gilt die Besonderheit, dass neben den eigenen Einnahmen unter bestimmten Voraussetzungen und in bestimmtem Umfang auch die Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners beitragsrechtlich berücksichtigt werden.

Die aus den Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners abgeleitete wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist jedoch nicht gänzlich ohne Berücksichtigung anderweitiger Belastungen des Familieneinkommens zu bestimmen; dies gilt insbesondere für den Aufwand des Unterhalts von gemeinsamen Kindern. Als Aufwand für unterhaltsberechtigter Kinder, die von der Familienversicherung ausgeschlossen sind, weil der Ehegatte oder Lebenspartner ein höheres Einkommen hat als das Mitglied und sein Einkommen zudem bestimmte Grenzbeträge übersteigt, wird als Absetzungsbetrag pro Kind ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße (Wert für 2009 = 840 EUR) angesetzt. Dieser Wert entspricht der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, also dem Betrag, der für Kinder ohne eigene Einkünfte im Rahmen einer eigenen gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beitragsbemessung in Ansatz zu bringen ist. Diese Regelung ist Bestandteil der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes; insofern ist eine gesetzliche Regelung nicht zwingend erforderlich.

Für Kinder, die in der Familienversicherung des Mitglieds mitversichert sind, kommt ein Absetzungsbetrag nach den vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler nicht in Betracht, denn die kostenfreie Familienversicherung berücksichtigt bereits in ausreichendem Maße den familiär bedingten Mehraufwand. Zwar hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 24. April 2002 dargelegt, dass die Satzung eine Kürzung des Ehegatteneinkommens um Belastungen durch unterhaltsbedürftige Kinder auch dann vorsehen könne, wenn diese beitragsfrei mitversichert sind; eine notwendig zu veranlassende Berücksichtigung eines Absetzungsbetrags verlangt die Rechtsprechung in diesen Fällen jedoch nicht.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht hierzu angesichts der beitragsfrei zur Verfügung gestellten Familienversicherung und der damit bereits einhergehenden Entlastung der betroffenen Familien auch keine zwingende Veranlassung. Eine drohende Überforderung der Familien bei

der Beitragslast durch die Vermeidung einer ansonsten faktisch doppelten Berücksichtigung des Unterhaltsaufwandes für Kinder ist nicht zu erkennen. Die vorgesehene Regelung widerspricht jedoch dem Grundsatz der Beitragsgerechtigkeit, da eine Familie, die wegen der Möglichkeit zur beitragsfreien Versicherung ihres Kindes keine finanzielle Belastung durch eigene Beiträge für ein freiwillig versichertes Kind zu tragen hat, den gleichen Freibetrag angerechnet bekommt, wie eine Familie, bei der dieser Freibetrag die zusätzliche Beitragsbelastung durch das freiwillig versicherte Kind ausgleicht.

#### C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 13 zu Artikel 15 Nr. 10b - neu - wird c) gestrichen.

## Änderungsantrag 14

Zu Artikel 15 Nr. 11a - neu - (Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in § 268 Abs. 3 Satz 2 (neu) wird klargestellt, dass Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen für die Datenmeldung zum Risikostrukturausgleich von der jeweiligen Krankenkasse nur verarbeitet und genutzt werden dürfen, wenn sie unter Einhaltung der Datenübermittlungsvorschriften und -wege nach den §§ 294 bis 303 erhoben wurden. Ergänzend wird klargestellt, dass dies gleichermaßen für die Regelungen in der RSAV gilt.

### B) Stellungnahme

Das Interesse von Krankenkassen an einer möglichst hohen Diagnosequalität, die die Morbidität ihrer Versicherten zutreffend wiedergibt, ist unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs berechtigt. Nicht berechtigt ist dagegen die Verschaffung temporärer Wettbewerbsvorteile durch Korrektur von Diagnosedaten unter Verletzung datenschutzrechtlicher Bestimmungen, da hierdurch rechtskonform handelnde Krankenkassen benachteiligt werden. Vor dem Hintergrund bestehender datenschutzrechtlicher Bestimmungen soll mit dieser Klarstellung sichergestellt werden, dass alle Krankenkassen die gleichen Möglichkeiten und Begrenzungen haben, Einfluss auf möglichst plausible und richtige Diagnosen und Informationen über Arzneimittelverordnungen zu nehmen. Nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 besteht eine datenschutzrechtliche Ermächtigung, die Übereinstimmung der Diagnosen mit den abgerechneten Leistungen zu überprüfen. Korrekturen müssen jedoch unter Einhaltung der genannten Datenübermittlungsvorschriften erfolgen. Bemühungen einzelner Krankenkassen, unplausible oder generell

alle Diagnosestellungen von Ärzten im Hinblick auf die Datenmeldungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich überprüfen zu lassen und der Krankenkasse ggf. auf direktem Wege korrigierte Diagnosedaten zur Verfügung zu stellen, sind unzulässig. Vor der Zielsetzung gleicher Wettbewerbsbedingungen für rechtskonform und rechtswidrig handelnde Krankenkassen ist die Regelung sachgerecht. Allerdings ist in § 303 Abs. 3 SGB V geregelt, dass die Krankenkassen Daten nach den §§ 294 bis 303 SGB V, die nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden, nach zu erfassen haben. Dies bedeutet, dass aus der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung kein abschließender Ausschluss manuell erfasster Diagnosen bzw. Pharmazentralnummern abgeleitet werden kann.

Zu prüfen ist darüber hinaus, ob die den Krankenkassen derzeit rechtlich zur Verfügung stehenden Wege, eine Korrektur offensichtlich fehlerhafter Diagnosekodierungen zu erreichen, ausreichend sind.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

## Änderungsantrag 15

Zu Artikel 15 Nr. 11b - neu - (Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten § 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich – erhält das Bundesversicherungsamt die Befugnis, zu überprüfen, ob die Krankenkassen die rechtlichen Vorgaben hinsichtlich der Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen einhalten. Hierzu kann es die von den Krankenkassen gemeldeten Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen einer kassenübergreifenden Vergleichsanalyse unterziehen, um Auffälligkeiten durch Überschreiten von im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband bestimmten Schwellenwerten festzustellen. Das Verfahren der Auffälligkeitsprüfung und die Konsequenzen für die hiervon betroffenen Krankenkassen sind vom Bundesversicherungsamt und dem GKV-Spitzenverband gemeinsam bis zum 31. August 2009 zu erarbeiten. Unter Berücksichtigung dieser gemeinsamen Vorschläge soll der Verordnungsgeber bis zum 31.12.2009 die notwendigen Regelungen treffen.

### B) Stellungnahme

Der vorliegende Regelungsbedarf ist die konsequente und notwendige Folge der im Änderungsantrag 14 zu Artikel 15 Nr. 11 a – neu – erfolgten Klarstellung hinsichtlich der Zulässigkeit der Meldung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen. Auch hier ist die Zielsetzung, für alle Krankenkassen gleiche Wettbewerbsbedingungen sicherzustellen, gleich ob sie bei der Datenmeldung für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich rechtskonform oder rechtswidrig handeln. Da für die einzelne versichertenbezogene (pseudonymisierte) Datenmeldung beim Bundesversicherungsamt nicht festgestellt werden kann, ob diese den Vorgaben

des § 268 Abs. 3 Satz 2 (neu) entspricht, sind für die gesamte Datenmeldung jeder Krankenkasse Auffälligkeitsprüfungen notwendig, um zu verhindern, dass sich Krankenkassen durch rechtswidriges Handeln un gerechtfertigte Wettbewerbsvorteile verschaffen können. Nach Feststellung von Auffälligkeiten sind die Zuweisungen für die betreffenden Krankenkassen sachgerecht zu kürzen – einschließlich einer angemessenen Sanktionierung, um rechtswidriges Handeln finanziell unattraktiv zu machen – und die Zuweisungen für alle anderen Krankenkassen entsprechend zu erhöhen. Hierfür sind die Rechtsgrundlagen durch den Verordnungsgeber noch zu schaffen.

Gerade in der Einführungsphase des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist die theoretische Möglichkeit, sich ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile durch Korrekturmeldung von Diagnosedaten oder Arzneimittelkennzeichen auf datenschutzrechtlich nicht zulässigem Wege zu verschaffen, am größten. Der in § 273 (neu) bisher vorgesehene Weg und der vorgegebene zeitliche Rahmen zur Bestimmung des Näheren zum Verfahren der Auffälligkeitsprüfung und Korrektur der Zuweisungsbeträge durch Rechtsverordnung sind jedoch unzureichend um zu verhindern, dass rechtswidrig handelnde Krankenkassen temporäre Wettbewerbsvorteile im Rahmen des laufenden monatlichen Abschlagsverfahrens erlangen, da die Kürzung von Zuweisungen erst nach Vorliegen der Rechtsgrundlagen im Rahmen einer bis Jahresende 2009 geänderten Risikostruktur-Ausgleichsverordnung möglich wäre.

Für den Fall, dass die vorgesehene Regelung hinsichtlich der Verordnungsermächtigung unter verfassungsrechtlichen Aspekten nicht hinreichend konkret ist oder die erforderliche Zustimmung für die Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Bundesrat nicht zustande kommt, bestünde außerdem keine wirksame Möglichkeit, temporäre Wettbewerbsvorteile durch rechtswidriges Handeln einzelner Krankenkassen zu vermeiden. Die Vorgaben an den Verordnungsgeber sind in der vorliegenden Formulierung eher unbestimmt. Es ist zudem angesichts bekanntermaßen abweichender Rechtsauffassung einzelner Landesauf-

sichten in der Frage der Rechtmäßigkeit von right-coding-Aktivitäten von Krankenkassen nicht auszuschließen, dass die notwendige RSAV-Änderung gar nicht oder zumindest nicht termingerecht zustande kommt. Eine abschließende Regelung durch den Gesetzgeber im Rahmen des § 273 (neu) wird deshalb dringend empfohlen.

### C) Änderungsvorschlag

Die Festlegung a) des Verfahrens der Auffälligkeitsprüfung, b) einer kas-  
senindividuellen Einzelfallprüfung durch das BVA bei Feststellung einer  
Auffälligkeit oder wenn das BVA anderweitig von sanktionsbedürftigen  
Vorgängen erfährt, c) dass das BVA im Anschluss an die Prüfung einen  
Rechtsverstoß feststellen kann sowie d) der Ermächtigung zur Kürzung  
von Zuweisungen bei festgestellter Auffälligkeit einschließlich einer an-  
gemessenen finanziellen Sanktionierung, die rechtswidriges Handeln un-  
attraktiv macht, sollte im Rahmen des § 273 geregelt werden. Hierzu hat  
das Bundesversicherungsamt dem Bundesgesundheitsministerium bereits  
Vorschläge unterbreitet. Zumindest ist eine hinreichend bestimmte Ver-  
ordnungsermächtigung sicherzustellen, die die aufgeführten Regelungs-  
bedarfe konkret benennt.

## C. Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der Fraktion DIE LINKE

### Änderungsantrag 1

Zu Artikel 13 Nr. 1 - neu - (Infektionsschutzgesetz)

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung des § 23 IfSG soll sicherstellen, dass künftig ausreichend für Hygiene zuständiges Personal in Krankenhäusern tätig ist, um die Zahl vermeidbarer Infektionen im Krankenhaus zu reduzieren. Im Einzelnen wird vorgeschlagen, ein verbindliches Monitoring von Problemkeimen einzuführen und in Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser speziell ausgebildete Hygienefachkräfte vorzuhalten (eine ärztliche Fachkraft ab 450 Betten, eine pflegerisch ausgebildete Fachkraft ab 300 Betten). Darüber hinaus sollen Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu organisatorischen und baulichen Maßnahmen von einer Kommission beim RKI erarbeitet werden.

#### B) Stellungnahme

Nosokomiale Infektionen, insbesondere mit resistenten und multiresistenten Keimen sind eine reale Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. Der korrekte Einsatz von Antibiotika und die Kenntnis der einrichtungsbezogenen Keimsituation sowie entsprechende organisatorische Maßnahmen sind Voraussetzungen für eine Verminderung von Antibiotikaresistenzen und damit der Reduktion potentieller Gefährdungen von Patientinnen und Patienten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Gewährleistung einer entsprechenden Situationswahrnehmung und der Sicherung eines professionellen Umgangs mit den lokalen Gegebenheiten

sind im Sinne eines verbesserten Patientenschutzes grundsätzlich zu begrüßen. Es wird darauf hingewiesen, dass hier in erster Linie die institutionelle Professionalität der Krankenhäuser gefordert ist, die auch dafür Sorge zu tragen hat, dass die Umsetzung für die Krankenversicherung kostenneutral erfolgt. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, Regelungen zu schaffen, die es ermöglichen, dass die Inkaufnahme von nosokomialen Infektionen auch wirtschaftlich sanktioniert werden kann, z. B. durch eine Minderung von Vergütungsansprüchen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

## Änderungsantrag 2

Zu Artikel 15 Nr. 1 - neu - (Leistungsanspruch bei Beitragsverzug)

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass sich die Regelung zum Ruhen des Leistungsanspruchs im Falle von Beitragsrückständen allein auf das zur Zahlung verpflichtete Mitglied bezieht und die Ruhensregelung Vorsorgeuntersuchungen nicht umfasst.

### B) Stellungnahme

Der Änderungsantrag nimmt Bezug auf die Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzentwurf und übernimmt ohne weitere Konkretisierung die Forderung, dass auch Vorsorgeuntersuchungen vom Ruhen des Leistungsanspruchs ausgeschlossen sind. Die Anregung des Bundesrates wurde auch im Änderungsantrag 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD aufgegriffen und dahingehend konkretisiert, dass Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V vom Ruhen ausgenommen sind. Es bleibt offen, ob der Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE über diese Konkretisierung hinausgeht. Von daher wird auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD verwiesen.

### C) Änderungsvorschlag

entfällt