

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

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



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0037(15)
Gel. VB zur Anhörung am 19.5.
2010_GKV-ÄndG
12.05.2010

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 19.05.2010 zu

- dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Änderung
krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vor-
schriften vom 31.03.2010 (Drucksache 17/1297)
- den Änderungsanträgen der Fraktionen von CDU/CSU
und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0034)
- den Änderungsanträgen der Fraktion der SPD (Aus-
schussdrucksache 17(14)0034/2.1-2.4)
- den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (Drucksache
17/1206, Ausschussdrucksache 17(14)0034(3))

Inhalt

- I. Vorbemerkung
- II. Stellungnahmen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 17/1297)
- III. Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0034)
- IV. Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes
- V. Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der Fraktion der SPD (Ausschussdrucksache 17(14)0034/2.1-2.4)
- VI. Stellungnahmen zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/1206, Ausschussdrucksache 17(14)0034(3))

I. Vorbemerkung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften werden zahlreiche Anpassungen an aktuelle Entwicklungen sowie wichtige Klarstellungen krankensicherungsrechtlicher Vorschriften vorgenommen.

Mit dem Gesetzentwurf werden u. a. Regelungslücken im Bereich der mit dem GKV-OrgWG eingeführten generellen Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen geschlossen, die im Grundsatz zu begrüßen sind. Dies gilt sowohl für die Schaffung einer mehrjährigen Frist für Krankenkassen zum Aufbau der vollständigen Insolvenzsicherung für Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen mit ihren Beschäftigten, als auch für die bis Ende des Jahres 2014 befristete Haftungsübertragung der Ansprüche aus diesen Altersteilzeitvereinbarungen auf den GKV-Spitzenverband. Im Einzelnen besteht bei den betreffenden Neuregelungen aber ein nicht unerheblicher Nachbesserungsbedarf, welcher in den nachfolgenden Einzelstellungen ausführlich beschrieben und begründet wird.

Die in der Bundespflegesatzverordnung vorgesehene Änderung zur Psychiatrie-Personalverordnung birgt in dieser Form ein bedeutsames Ausgabenrisiko für die Krankenversicherung und wird daher abgelehnt. Alternativ wird vorgeschlagen, die in den aktuellen Budgetvereinbarungen vereinbarten Stellenbesetzungen nach der Psychiatrie-Personalverordnung als Referenzwerte festzusetzen.

Mit den ergänzenden Änderungsanträgen der Regierungsfractionen werden weitere wichtige Anpassungen vorgenommen. Insbesondere wird mit der zeitlich befristeten Erhöhung des Herstellerabschlags für Arzneimittel von 6 auf 16 Prozent ein erster bedeutsamer Schritt zur Dämpfung der besonders bedrohlich steigenden Arzneimittelausgaben unternommen. Die Maßnahme dient der dringend notwendigen Konsolidierung der prekären Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung und wird insoweit ausdrücklich begrüßt. Zur Sicher-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



stellung der von der Bundesregierung verfolgten Einsparziele werden hierzu konkrete Umsetzungsvorschläge unterbreitet.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die mit der geplanten Erhöhung des Herstellerabschlages verbundenen Einsparungen der gesetzlichen Krankenkassen im Arzneimittelsektor durch die inzwischen gerichtlich zur sofortigen Vollziehung angeordnete Absenkung des Apothekenabschlages von 2,30 Euro auf 1,75 Euro unmittelbar gefährdet sind. Der von der Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung und -abrechnung mit Wirkung für das Jahr 2009 reduzierte Apothekenabschlag belastet die Krankenkassen mit rund 330 Mio. Euro. Zur Sicherstellung des Einsparvolumens wird deshalb eine gesetzliche Festlegung dieses "Großkundenrabattes" für den Folgezeitraum ab 1. Januar 2010 auf den bisher geltenden Betrag von 2,30 Euro vorgeschlagen. Falls die Apotheken einen weiteren Finanzierungsbeitrag leisten sollen, wäre auch dieser Abschlag zu erhöhen.

Die Änderungsanträge der Regierungsfractionen für den Bereich der Telematik finden nicht die Zustimmung des GKV-Spitzenverbandes. Weder das vorgeschlagene Anrufungsrecht des Bundesgesundheitsministeriums bei einer Nichteinigung der Vertragspartner bei den Vereinbarungen zur Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten der Leistungserbringer, noch die geplante Verschiebung der Kosten des BSI auf die Beitragszahler der GKV stellen sachgerechte Lösungen dar. Der erste Antrag durchbricht die ordnungspolitisch sinnvolle Trennung von Aufsicht und Selbstverwaltung, der zweite Antrag verlagert die Kosten einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe auf die Beitragszahler der GKV. Dagegen steht die seitens der gesetzlichen Krankenversicherung so dringend erwartete Regelung zur geplanten Online-Aktualisierung der Versichererstammdaten weiter aus.

Die in der Krankenversicherung bereits geübte Praxis, private Abrechnungsstellen bei der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen vorübergehend einzubeziehen, wird mit einem weiteren Änderungsantrag bis zum 30.06.2011 ermöglicht. Gegen diese Übergangsregelung bestehen grundsätzlich keine Bedenken.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Da Gesetzentwurf und Änderungsanträge ein großes Spektrum unterschiedlichster Regelungsbereiche tangieren, verweisen wir im Weiteren auf die nachfolgenden, detaillierten Einzelstellungen.

II. Stellungnahmen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 17/1297)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 (§ 171b – Insolvenz von Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen spätestens ab dem 1. Januar 2015 vollständig gegen das Risiko der Insolvenz absichern müssen. Diese Übergangsregelung soll Krankenkassen vor einer finanziellen Überforderung durch ab dem 1. Januar 2010 für sie geltende gesetzliche Verpflichtungen zum Aufbau der Insolvenzsicherung und die damit einhergehende Liquiditätsbindung bewahren.

Davon betroffen sind in erster Linie die zum 1. Januar 2010 insolvenzfähig gewordenen Krankenkassen, denen es bis zum 31. Dezember 2009 nicht erlaubt war, Geldmittel zur Insolvenzsicherung von Wertguthaben zweckgebunden anzulegen und Rückstellungen in entsprechender Höhe zu bilden.

B) Stellungnahme

Eine mehrjährige Frist zum Aufbau der Insolvenzsicherung dient der Reduzierung des Insolvenzrisikos der betroffenen Krankenkassen und wird deshalb grundsätzlich begrüßt. Durch die zeitlich befristete Haftung des GKV-Spitzenverbandes und die damit verbundene Haftungskaskade für Ansprüche der Altersteilzeitbeschäftigten im Falle einer Insolvenz, entstehen für die übrigen Krankenkassen allerdings temporär finanzielle Risiken und damit Schutzinteressen, die bei der Regelung ausgewogen zu berücksichtigen sind.

Nach § 80 Absatz 1 SGB IV haben Krankenkassen eine ausreichende Liquidität zu gewährleisten. Diese Verpflichtung wird den Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2009 nicht insolvenzfähig waren, erschwert. Von diesen Krankenkassen würde die vollständige Absicherung der Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen gegen das Risiko der Insolvenz unmittelbar zum 1. Januar 2010 gefordert, obwohl es ihnen bis zum 31. Dezember 2009 nicht erlaubt war, Geldmittel zur Insolvenzsicherung von Wertguthaben zweckgebunden anzulegen. Mit der geplanten Übergangsregelung wird dem resultierenden erhöhten Insolvenzrisiko durch eine zeitliche Streckung des Aufbaus einer Insolvenzsicherung für die Wertguthaben aus Vereinbarungen über die Altersteilzeitarbeit entgegengewirkt.

Im Umfang des durch die Übergangsregelung zeitlich verzögerten Aufbaus der Insolvenzsicherung trägt nach § 171d SGB V (neu) der GKV-Spitzenverband – und damit die übrigen Krankenkassen – bis zum 31. Dezember 2014 das Haftungsrisiko für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Verpflichtungen aus Vereinbarungen über Altersteilzeitarbeit. Ein ausgewogenes Verhältnis vom Schutzbedürfnis der von einer Übergangsregelung begünstigten Krankenkassen vor dem Risiko einer ansonsten erhöhten Insolvenzgefahr einerseits, und dem Schutzbedürfnis der übrigen Krankenkassen vor temporär erhöhten finanziellen Risiken aus der zeitlich begrenzten Haftungsvorschrift für den GKV-Spitzenverband andererseits, macht es erforderlich, dass die begünstigten Krankenkassen den Verpflichtungen nach § 8a AltTZG entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit unverzüglich nachkommen. So lange diese Verpflichtung nicht erfüllt ist, sollte der einzelnen Krankenkasse deshalb sowohl eine Prämienauszahlung nach § 242 Absatz 2 SGB V als auch der Aufbau der Rücklage nach § 261 SGB V über die gesetzliche Mindestrücklage hinaus untersagt sein.

Findet die Beurteilung der Vermögenslage einer Krankenkasse im Rahmen der Ermittlung der Überschuldungs- bzw. Fortführungsbilanz nach § 171b Absatz 2 SGB V durch GKV-fremde Sachverständige statt, ist zu erwarten, dass Besonderheiten des amtlichen Kontenrahmens für die gesetzliche Krankenversicherung überwiegend unberücksichtigt bleiben, wenn sie nicht ex-

plizit im Gesetz benannt sind. Deshalb ist in § 171b Absatz 2 SGB V ein Verweis auf den Kontenrahmen aufzunehmen, um sicher zu stellen, dass die Bestimmungen des GKV-Kontenrahmens bei der Vermögensermittlung zugrunde gelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der im Gesetzentwurf neu hinzugefügte Absatz 7 im § 171b (Fassung ab 01.01.2010) wird wie folgt gefasst:

„Für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a Altersteilzeitgesetz vollständig spätestens zum 31.12.2014 zu erfüllen.“

In Absatz 2 des § 171b (Fassung ab 01.01.2010) wird der folgende Satz 3 angefügt:

„Bei der Vermögensermittlung für die Überschuldungs- bzw. Fortführungsbilanz sind die zu § 25 Absatz 2 Nummer 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung erlassenen Regelungen zu Grunde zu legen.“

Es werden folgende Absätze im § 171b (Fassung vom 01.01.2010) angefügt:

„(8) § 242 Absatz 2 kommt so lange nicht zur Anwendung und der Höchstbetrag der Rücklage nach § 261 ist so lange auf den Mindestbetrag nach § 261 Absatz 2 beschränkt, wie eine Krankenkasse der Aufsichtsbehörde nicht nachweist, dass für ihre bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen die Verpflichtungen nach § 8a Altersteilzeitgesetz zum Bewertungsstichtag 31. Dezember 2014 vollständig erfüllt sind und auf der Passivseite der Vermögensrechnung Rückstellungen in Höhe des voraussichtlichen Barwertes dieser Verpflichtungen zu diesem Stichtag vollständig gebildet sind.

(9) Spätestens mit dem Haushalt 2011 haben diejenigen Krankenkassen, die die Verpflichtungen nach § 8a Altersteilzeitgesetz für ihre bis zum 31. De-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



zember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Vereinbarungen über Altersteilzeitarbeit nicht vollständig erfüllt haben oder auf der Passivseite der Vermögensrechnung Rückstellungen in Höhe des voraussichtlichen Barwertes dieser Verpflichtungen zum 31. Dezember 2014 nicht vollständig gebildet haben, der Aufsichtsbehörde einen Plan vorzulegen, aus dem hervorgeht, wie die Verpflichtungen nach § 8a Altersteilzeitgesetz sowie die Bildung der Rückstellungen in Höhe des voraussichtlichen Barwertes dieser Verpflichtungen zum 31. Dezember 2014 auf der Passivseite der Vermögensrechnung bis zu diesem Tag vollständig gebildet werden.“

Weiterer Änderungsbedarf:

Änderung der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (SVRV)

In § 12 wird der folgende Absatz 3 angefügt:

„(3) Krankenversicherungsträger bilden für die jährlich erdienten Wertguthaben aus abgeschlossenen Altersteilzeitverträgen sowie aus abgeschlossenen Wertguthabenvereinbarungen nach § 7b SGB IV Rückstellungen. Die Berechnungsgrundlage der Rückstellungen ergibt sich aus den Bestimmungen zum Kontenrahmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 (§ 171d – Haftung im Insolvenzfall)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Verpflichtungen aus Vereinbarungen über Altersteilzeitarbeit, die nicht gegen das Risiko der Insolvenz abgesichert sind, werden die Regelungen zur Haftung für Altersversorgungsverpflichtungen übertragen. Die Ansprüche der Berechtigten gehen in einem solchen Haftungsfall auf den GKV-Spitzenverband über und werden von ihm gegen die Insolvenzmasse geltend gemacht.

In Anlehnung an die Übergangregelung nach § 171b Absatz 7 SGB V zur Erfüllung der Verpflichtungen nach § 8a Altersteilzeitgesetz wird die Haftungspflicht des GKV-Spitzenverbandes auf Insolvenzfälle bis zum 31. Dezember 2014 beschränkt.

B) Stellungnahme

Der vollständige Schutz der Ansprüche aus Vereinbarungen über Altersteilzeitarbeit im Insolvenzfall einer Krankenkasse wird grundsätzlich begrüßt. Es ist sachgerecht und erforderlich, dass diese Ansprüche auf den GKV-Spitzenverband übergehen, damit sie von ihm gegen die Insolvenzmasse geltend gemacht werden können.

Die Haftungsübertragung auf den GKV-Spitzenverband und die Beschränkung dieser Haftung auf Ansprüche aus bis zum 31. Dezember 2009 entstandene Altersteilzeitverpflichtungen der Krankenkassen sowie auf Insolvenzfälle bis 31. Dezember 2014 sind sachgerecht.

Begrüßt wird auch die Anlehnung an die Regelungen über die Haftung für Altersversorgungsverpflichtungen, wodurch die darin geregelte Haftungskaskade auch für die Altersteilzeitverpflichtungen Anwendung findet.

Aus dem kaufmännischen Vorsichtsprinzip ergibt sich in Anlehnung an die handelsrechtlichen Bilanzierungsgrundsätze, dass Krankenkassen die Verpflichtungen aus Altersteilzeitvereinbarungen passivieren müssen. Einschlägig wird in diesem Zusammenhang der Begriff „Rückstellungen für ungewisse Verbindlichkeiten“ verwendet. Analog der Übergangsregelung zum Aufbau von Altersversorgungsverpflichtungen in § 171e SGB V sollte auch für den Aufbau von Altersteilzeitverpflichtungen eine entsprechende Regelung getroffen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 § 171d wird das Wort „Altersversorgungsverpflichtungen“ durch die Wörter „Altersversorgungsverpflichtungen und Altersteilzeitverpflichtungen“ ersetzt.

Dem § 171e SGB V sind folgende Absätze anzufügen:

„(6) Krankenkassen haben für die bis zum 31.12.2009 entstandenen Wertguthaben aus Vereinbarungen über die Altersteilzeitarbeit nach dem Altersteilzeitgesetz durch mindestens jährliche Zuführungen vom 1. Januar 2010 an bis spätestens zum 31. Dezember 2014 auf der Passivseite der Vermögensrechnung Rückstellungen in Höhe des voraussichtlichen Barwertes dieser Verpflichtungen zum Bewertungsstichtag 31. Dezember 2014 zu bilden.

(7) Für die ab dem 01.01.2010 jährlich neu entstandenen Wertguthaben aus Vereinbarungen über die Altersteilzeitarbeit nach dem Altersteilzeitgesetz müssen Rückstellungen gebildet werden. Bemessungsgrundlage für die Altersteilzeitverpflichtungen sind die gesamten während der Freistellungsphase zu gewährenden Vergütungen einschließlich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung und sonstiger Nebenleistungen, bestehender Ansprüche auf Urlaubs- und Weihnachtsgeld, sowie der zu erbringenden

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Aufstockungsbeträge, soweit diese nach §§ 4 und 5 AltTZG nicht erstattungsfähig sind. Der Höchstwert der Verpflichtungen bestimmt sich nach dem Barwert zum 31. Dezember 2014. Für die Ermittlung des Barwertes gilt der in der Rechtsverordnung nach § 171e Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 zu regelnde Zinssatz.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3 (§ 217b – Organe des GKV-Spitzenverbandes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der Gesetzentwurf korrigiert einen Verweisfehler. Es wird klargestellt, dass in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes geregelt werden kann, dass Vertreter der Versichertenseite und der Arbeitgeberseite abwechselnd mindestens ein Jahr den Vorsitz im Verwaltungsrat führen.
- b) Da infolge kassenartenübergreifender Vereinigungen Ersatzkassen bestehen, deren Verwaltungsräte paritätisch besetzt sind, wird mit der vorliegenden Änderung klargestellt, dass allein solche Ersatzkassen jeweils zwei Versichertenvertreter aus ihrem Verwaltungsrat in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes entsenden, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt sind.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen stellen notwendige und folgerichtige Klarstellungen dar.

Darüber hinaus werden zwei weitere redaktionelle Klarstellungen in § 217b angeregt:

- Nach der Satzung des GKV-Spitzenverbandes entsendet jede Gliedskasse jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat, ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung. In den Absätzen 1 und 2 fehlt bisher der Verweis auf das Selbstverwaltungsorgan „ehrenamtlicher Vorstand“. Mit einer entsprechenden Ergänzung würden die korrespondierenden Vorschriften des SGB IV vollständig abgebildet.

- ▶ In Absatz 3 Satz 1 fehlt die explizite Bestimmung, dass die Mitgliederversammlung als Selbstverwaltungsorgan gebildet wird. Dies sollte analog der Bestimmung für den Verwaltungsrat in Absatz 1 Satz 1 ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Verwaltungsrat“ ein Komma und die Wörter „dem ehrenamtlichen Vorstand“ eingefügt.
- b) In Absatz 1 Satz 3 werden nach der Angabe „62“ die Wörter „Absatz 1 bis 2, 4 bis 6“ gestrichen.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „als Selbstverwaltungsorgan“ eingefügt.
- d) In Absatz 3 Satz 3 wird nach dem Wort „Verwaltungsrat“ ein Komma und die Wörter „ihrem ehrenamtlichen Vorstand“ eingefügt.
- e) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Ersatzkasse“ ein Komma und die Wörter „deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist,“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 (§ 217c – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Derzeit sind die Ersatzkassen ausschließlich mit Versichertenvertretern im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vertreten. Mit der Neuregelung soll für die Besetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes ab der nächsten Wahlperiode berücksichtigt werden, dass Verwaltungsräte der betreffenden Ersatzkassen infolge kassenartenübergreifender Vereinigungen paritätisch mit Arbeitgeber- und Versichertenvertretern besetzt sind. Dabei ist für die Zahl der zu wählenden Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen mit paritätisch besetzten Verwaltungsräten die Hälfte ihres Anteils an den Versichertenzahlen der Ersatzkassen, der sich an den bundesweiten Versichertenzahlen aller Ersatzkassen zum 1. Januar des Jahres (KM 1) orientiert, zu Grunde zu legen.

Bei der Neustrukturierung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes ist weiterhin die Höchstzahl von 52 Sitzen, die paritätische Sitzverteilung innerhalb einer Kassenart mit Ausnahme der Ersatzkassen, die Parität der Stimmen bei der Beschlussfassung zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern und die größtmögliche Annäherung an den jeweiligen prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart zu beachten. Die Sitz- und Stimmenverteilung ist auf der Basis der genannten Vorgaben rechtzeitig vor der Wahl zum Verwaltungsrat in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes zu regeln.

B) Stellungnahme

Die im Gesetzentwurf vorgenommene Präzisierung der Satzungscompetenz des GKV-Spitzenverbandes in den Absätzen 1 und 2 ist zu begrüßen. Die

Selbstverwaltung entscheidet über die Zahl der zu wählenden Mitglieder des Verwaltungsrates, die Sitzverteilung sowie die Gewichtung der Stimmen in Anpassung an die Entwicklung der Versichertenzahlen der zu vertretenden Krankenkassenarten. Die Satzungsregelung zur Sitzverteilung und Stimmengewichtung ist spätestens sechs Monate vor dem Ende der Amtsdauer des Verwaltungsrates zu beschließen. Die dadurch vorgenommene Präzisierung zum Zeitpunkt der Satzungsregelung wird ebenfalls begrüßt.

Weiterhin wird für sachgerecht erachtet, dass eine Überprüfung der Stimmenverteilung im Verwaltungsrat entsprechend der Entwicklung der bundesweiten Versichertenzahlen angepasst werden kann. Diese ergänzende Regelung stellt sicher, dass sich die Stimmenverteilung an die Entwicklung der Versichertenzahlen innerhalb der laufenden Wahlperiode anpasst und damit die Proporz zwischen den Krankenkassenarten immer möglichst genau abgebildet werden.

Nach der Neuregelung bestimmt sich die Verteilung der Sitze nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Kassenarten zum 1. Januar des Jahres, in dem die Mitgliederversammlung den Verwaltungsrat für die neue Wahlperiode wählt. Die Präzisierung der Datengrundlage zur GKV-Statistik KM1 ist sinnvoll, da so eine zeitnähere Abbildung der Versichertenzahlen der Kassenarten im Verwaltungsrat sichergestellt werden kann.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 (§ 307a - Strafvorschriften)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 307a Abs. 4 SGB V geregelte Strafbarkeit wegen der nicht rechtzeitigen oder der nicht richtigen Anzeige des Vorliegens eines Insolvenzgrundes gegenüber der Aufsichtsbehörde soll abschließend im SGB V geregelt werden. Dafür ist vorgesehen, eine von den anderen Strafvorschriften des SGB V getrennte Strafnorm einzufügen und auf die Verweisung in das KWG (§ 55 KWG i. V. m. § 46b KWG) zu verzichten. Gleichzeitig sieht der Entwurf vor, die Strafbarkeit auf die nicht (rechtzeitig) erfolgte Anzeige der Insolvenzgründe „Zahlungsunfähigkeit“ und „Überschuldung“ zu beschränken.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband teilt die Ansicht, dass die geplante Neufassung der Vorschrift dem rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebot besser Rechnung trägt. Normadressaten sind die Mitglieder des Vorstandes einer Krankenkasse. Diese können nunmehr anhand einer Vorschrift erkennen, dass sie sich strafbar machen, wenn sie die Zahlungsunfähigkeit oder die Überschuldung der Krankenkasse gegenüber der Aufsichtsbehörde nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig anzeigen. Nach der geltenden Rechtslage ergeben sich die strafbewehrten Handlungspflichten über § 55 KWG erst aus § 46b Abs. 1 Satz 1 KWG. Insofern stellt die geplante Neuregelung eine eindeutige Verbesserung dar.

Begrüßt wird auch die Beschränkung der Strafbarkeit auf die nicht (rechtzeitig) erfolgte Anzeige der Insolvenzgründe „Zahlungsunfähigkeit“ und „Überschuldung“. Dies entspricht der Regelung in § 88 Abs. 2 VAG. Nach der zurzeit herrschenden Rechtslage ist auch die Nichtanzeige des Insolvenzgrun-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



des „drohende Zahlungsunfähigkeit“ strafbewehrt (§ 307a Abs. 4 SGB V i. V. m. § 55 Abs. 1 KWG i. V. m. § 46b Abs. 1 Satz 1 KWG). Durch das Gesetz zur Fortentwicklung des Pfandbriefrechts vom 20. März 2009 (BGBl I, 607) wurde die strafbewehrte Anzeigepflicht bei Kreditinstituten auf den Insolvenzgrund „drohende Zahlungsunfähigkeit“ erweitert. Daran wird das in der Begründung zu Recht angesprochene rechtsstaatliche Problem von dynamischen Verweisungen in Strafvorschriften deutlich.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7 (§ 307b - Strafvorschriften)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 307a soll neuer § 307b werden und § 307b Abs. 4 soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die geplanten Modifizierungen sind richtige und konsequente Folgeänderungen aufgrund der Einfügung des neuen § 307a. Nach dem Entwurf sollen sowohl § 307a als auch § 307b die amtliche Überschrift „Strafvorschriften“ erhalten. Aus rein formalen Gründen ist es empfehlenswert, den neuen § 307b mit „Weitere Strafvorschriften“ zu überschreiben.

C) Änderungsvorschlag

Der bisherige § 307a wird neuer § 307b und in der Überschrift wird vor das Wort „Strafvorschriften“ das Wort „Weitere“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 (§ 44 Abs. 4 Satz 1 – Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt eine Anpassung an die mit dem GKV-WSG reformierten Organisationsstrukturen der Krankenkassenverbände dar.

Bis zum 31.12.2008 konnte ein Spitzenverband der Krankenkassen als Körperschaft des öffentlichen Rechts in seiner Satzung mit einer Mehrheit von mehr als drei Viertel der stimmberechtigten Mitglieder des Verwaltungsrates mit Wirkung für die eigene Kassenart eine von den gesetzlichen Regelungen in § 44 Abs. 1 und 2 abweichende Zusammensetzung des Verwaltungsrates regeln.

Der Gesetzentwurf sieht nun vor, dass künftig der Verwaltungsrat jeder einzelnen Krankenkasse mit derselben qualifizierten Mehrheit eine abweichende Satzungsregelung schaffen kann.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung erhöht den Gestaltungsspielraum der einzelnen Krankenkassen und wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 (§ 111 - Bußgeldvorschriften)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Verstöße gegen Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung nach § 77 Abs. 1a SGB IV werden zu Ordnungswidrigkeiten erklärt, die durch die zuständige Aufsichtsbehörde mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro belegt werden können. Denn, wenn die Grundsätze in § 77 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1 bis 6 SGB IV nicht beachtet wurden, ist die Erklärung nach § 77 Abs. 1a Satz 2 SGB IV falsch. Dann ist zugleich der Tatbestand des § 111 Absatz 3 Nr. 2 SGB IV erfüllt. Deswegen können die Absätze 5 und 6 gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Für die Prüfung der Jahresrechnung nach § 31 SVHV bestellen die Krankenkassen vermehrt Wirtschaftsprüfungsunternehmen. Diese prüfen die Jahresrechnung im Zusammenhang mit § 77 Absatz 1a SGB IV erfahrungsgemäß nach handelsrechtlichen Aspekten. Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben dabei überwiegend unberücksichtigt, wenn sie nicht explizit im Gesetz benannt sind.

Nach § 27 Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 Satz 1 SVHV richtet sich die Gliederung der Jahresrechnung der Krankenkassen nach den Bestimmungen des Kontenrahmens. Die hierin enthaltenen Bestimmungen wurden zwischenzeitlich an die handelsrechtlichen Anforderungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. Jedoch sehen Wirtschaftsprüfungsunternehmen zuvorderst Gesetzesvorgaben als Maßstab zur Prüfung der Jahresrechnung. Da es Unterschiede zwischen einem Prüfmaßstab HGB und dem für die GKV maßgeblichen Kontenrahmen gibt, laufen die gesetzlichen Vertreter der Krankenkassen

sen regelmäßig Gefahr, eine Ordnungswidrigkeit im Sinne des neu gefassten § 111 Absatz 3 zu begehen, wenn sie versichern, dass die Jahresrechnung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse vermittelt.

Es ist deshalb erforderlich, in § 77 Absatz 1a SGB IV einen Verweis auf den Kontenrahmen aufzunehmen, damit die Bestimmungen des Kontenrahmens der Beurteilung des den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse zugrunde gelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 77 Absatz 1a SGB IV wird der folgende Satz 4 angefügt:

„Bei der Beurteilung des den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse im Sinne des Satzes 1 sind die zu § 25 Absatz 2 Nummer 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung erlassenen Regelungen zu Grunde zu legen.“

Hinweis: Dieser Änderungsvorschlag entspricht dem Änderungsantrag 5 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP in der Ausschussdrucksache 17(14)0034.

Artikel 3 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) (§ 6 Abs. 4 - Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 6 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) können Krankenhäuser, die zum Stichtag 31.12.2008 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht vollständig umgesetzt haben, die fehlenden Personalstellen nachverhandeln. In den Budgetverhandlungen war häufig strittig, ob die vereinbarten Personalstellen oder die tatsächlich besetzten Stellen die Verhandlungsgrundlage für die Schaffung eines Umsetzungsgrades des Personalbedarfs nach Psych-PV in Höhe von mindestens 90 Prozent bilden. Die beabsichtigte Neuregelung stellt auf die tatsächliche Personalbesetzung zum Stichtag ab.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Klarstellung lässt außer Acht, dass in einer Vielzahl von Krankenhäusern die Umsetzung der Psych-PV bereits vor dem Stichtag zu mindestens 90 Prozent vereinbart und finanziert, jedoch nicht durch alle Krankenhäuser umgesetzt wurde.

Eine Regelung, die auf die tatsächlich besetzte Stellenzahl zum 31.12.2008 abstellt, belohnt somit diejenigen Krankenhäuser, die eine vertraglich vereinbarte Stellenbesetzung nach Psych-PV nicht umgesetzt haben und stattdessen die in den Budgetverhandlungen von den Krankenkassen bereitgestellten Finanzmittel vertragswidrig nicht oder nicht vollständig zur Aufstockung des Personals verwendet haben. Diese Kliniken erhalten durch die Gesetzesänderung eine Doppelfinanzierung des nach Psych-PV ermittelten zusätzlichen Personalbedarfs. Eine solche Doppelfinanzierung lehnt der GKV-Spitzenverband ab.

Die zurzeit laufenden Budgetverhandlungen mit den psychiatrischen Krankenhäusern zeigen, dass die in der Bundestagsdrucksache 16/11429 zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) angegebene Kostenbelastung der GKV durch die Stellenaufstockungen in Höhe von 60 Mio. Euro bereits heute deutlich überschritten wird. Durch die vorgeschlagene Gesetzesänderung wird sich die Kostenbelastung der GKV weiter erhöhen. Die Forderungen der Krankenhäuser nach zusätzlichen Stellen belaufen sich auf über 200 Mio. Euro (Budgetforderungen aus 13 Bundesländern). Ein nicht unerheblicher Anteil dieser Forderungen resultiert aus der Doppelfinanzierung von in der Vergangenheit bereits vereinbarten, aber durch die Krankenhäuser nicht besetzten Personalstellen. In den laufenden Budgetverhandlungen konnten diese unberechtigten Forderungen zum Teil in Schiedsverfahren abgewiesen werden (z. B. Schiedsstelle Schleswig-Holstein Az. 04/09 oder Schiedsstelle Baden-Württemberg Az. 05/09).

Die im Referentenentwurf zum GKV-ÄG vorgeschlagene Art der Klarstellung lehnt der GKV-Spitzenverband aus den vorgenannten Gründen ab und fordert stattdessen, die in den aktuellen Budgetvereinbarungen vereinbarten Stellenbesetzungen nach Psych-PV als Referenzwerte festzusetzen.

Kommt es dennoch zu einer Ergänzung des § 6 Abs. 4 BPfIV im Sinne des Referentenentwurfs zum GKV-ÄG, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die folgende begleitende Regelung zwingend erforderlich.

Um Doppelfinanzierungen zukünftig auszuschließen, ist durch gesetzliche Regelung zu gewährleisten, dass die in den Budgetverhandlungen für die Aufstockung auf mindestens 90 Prozent des Personalbedarfs nach Psych-PV vereinbarten Beträge, die nicht oder nicht vollständig zur vereinbarten Stellenbesetzung verwendet wurden, bei erneuter Vereinbarung eines Umsetzungsgrades der Psych-PV gemäß § 6 Absatz 4 BPfIV entsprechend verrechnet werden.

Eine solche Regelung fand bereits als Übergangsvorschrift in der Psych-PV Anwendung (§ 10 Abs. 4 Psych-PV) und bezog sich dort auf die Personalausstattung der Jahre 1991 bis 1995.

Durch die Klarstellung muss zudem sichergestellt werden, dass nur zusätzlich vereinbarte Personalstellen unter diese Regelung fallen. Die Nachfinanzierung bereits besetzter Stellen ist auszuschließen.

In der Begründung zu Artikel 3 des Gesetzentwurfes bestätigt der Gesetzgeber zwar die Pflicht der Krankenhäuser zur zweckentsprechenden Verwendung der Mittel. Hinsichtlich der Prüf- und Nachweispflichten verweist er allerdings auf Rahmenvereinbarungen, die Krankenhäuser und Krankenkassen schließen sollen. Zur Vermeidung weitergehender Rechtsstreitigkeiten sollte an dieser Stelle jedoch unbedingt eine klare gesetzliche Regelung erfolgen.

Der Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes schafft zugleich eine Analogie zur Regelung im Rahmen des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 10 Satz 11 KHEntgG), wonach der Finanzierungsanteil für die Personalstellen zurückzuzahlen ist, die vereinbart, aber durch das Krankenhaus nicht umgesetzt wurden.

C) Änderungsvorschlag

§ 6 Absatz 4 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Zahl der nach Satz 1 fehlenden Personalstellen bemisst sich nach der Zahl der zum Stichtag vereinbarten Personalstellen.“

§ 6 Absatz 4 Satz 4 wird zu Satz 5.

Hilfsweise: § 6 Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Wurden die nach diesem Absatz zusätzlich vereinbarten Personalstellen während des Pflegesatzzeitraumes ganz oder teilweise nicht besetzt, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zurückzuzahlen. Der Erstattungsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Für eine entsprechende Prüfung legt das Krankenhaus den Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Realisierung des in der Budgetvereinbarung festgesetzten Umsetzungsgrades der Psych-PV vor. Diese beinhaltet auch die umgerechnete Anzahl der Vollzeitkräfte der jeweiligen Dienstarten zum 31.12. des Budgetjahres unterteilt nach den Berufsgruppen gemäß § 5 Abs. 1 Psych-PV. Eine zusätzliche Finanzierung bereits besetzter Stellen ist ausgeschlossen.“

§ 6 Absatz 4 Satz 4 wird zu Satz 10.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Artikel 14 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht das rückwirkende Inkrafttreten der Übergangsregelung zur Insolvenzsicherung der Wertguthaben für Altersteilzeit der Krankenkassenbeschäftigten und der Regelung zur Haftung des GKV-Spitzenverbandes für die ungesicherten Wertguthaben mit Wirkung zum 01.01.2010 vor.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

III. Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0034)

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 Nummer 01 – neu –
(§ 130a SGB V - Herstellerabschlag)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Der Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1 SGB V wird befristet von bisher 6 auf 16 Prozent erhöht und ist mit einem Preismoratorium verbunden. Die Maßnahmen sollen vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 gelten. Patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel, für die weiterhin der so genannte Generikaabschlag von 10 Prozent nach § 130a Abs. 3b SGB V anfällt, sollen zur Übermaßvermeidung von dem erhöhten Abschlag ausgenommen werden.

Damit der erhöhte Herstellerabschlag nicht durch Preisanhebungen umgangen werden kann, werden Preisanhebungen über den für das Moratorium stichtagsbezogenen Referenzpreis abgeschöpft. Ferner soll eine Umgehung durch Änderungen der Packungsgröße oder Wirkstärke verhindert werden.

B) Stellungnahme

Die Anhebung des Herstellerabschlages in Verbindung mit einem Preismoratorium entfaltet eine unmittelbare finanzielle Entlastung für die GKV und wird begrüßt. Für diese gesetzliche Maßnahme auf der Preisebene ist der

Preisstopp mit zeitlichem Vorgriff unverzichtbar. Der als maßgeblicher Preisstand gewählte Bezugsstermin 1. August 2009 ist sachgerecht. Ebenso ist nach den Erfahrungen vorangegangener Gesetzgebung die Schutzvorschrift gegen Umgehungsstrategien einzelner pharmazeutischer Unternehmer mit Hilfe geringfügiger Produktänderungen unerlässlich. Für einen wirksamen Vollzug der Rechtsänderungen bedarf es jedoch dringend einiger Klarstellungen.

zu 01. Buchst. a) (Vermeidung unzumutbarer Belastung bei Generika)

Der Vermeidung einer Abschlagskumulation in Einzelfällen auf bis zu 26 Prozent ist grundsätzlich zuzustimmen. Die aktuelle Fassung des Änderungsantrages führt aber dazu, dass sämtliche Generika vom auf 16 Prozent erhöhten Abschlag befreit werden. Tatsächlich schonungsbedürftig sind aber nur besonders preisgünstige Generika, bei denen der Preis um 30 Prozent unter Festbetragsniveau liegt (§ 130a Abs. 3b Satz 3 SGB V). Für nicht in diesem Sinne preisgünstige Generika ist ein Abschlag von 16 Prozent im Sinne der Gleichbehandlung gerechtfertigt. Der nachstehende Änderungsvorschlag vermeidet Belastungshärten für einzelne Generika-Anbieter und sichert für die GKV ein Abschlagsvolumen von bis zu 100 Mio. Euro.

Die Abschlagsbedingungen für Generika müssen auch für (re-) importierte Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V gelten. Der zur vorrangigen Abgabe gesetzlich bestimmte Preisabstand von 15 Euro erweist sich gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln bis zu mehreren 1.000 Euro als finanzielle Bagatelle. Daher ist eine generelle Abschlagsfreistellung für Importe, wie mit dem Antrag der SPD-Fraktion vorgeschlagen (siehe Abschnitt V zu Ausschussdrucksache 17(14)0034 (2.3)), abzulehnen. Die gesetzlich bestimmte „Preisgünstigkeit“ von Importen (15 Euro oder 15 Prozent) bedarf ohnehin einer Überprüfung und Anpassung bei der aus den Eckpunkten folgenden Gesetzgebung.

zu 01. Buchst. b) (Einbeziehung von Neueinführungen in den Preisstopp)

Bei voran gegangenen Preismoratorien haben pharmazeutische Unternehmer im Geltungszeitraum neue Produkte mit Packungs- oder Wirkstärkenvariationen eingeführt, um den Preisstopp zu umgehen. Daher ist der Regelungsansatz gegen diese Marktstrategien unbedingt zu begrüßen. Die Ausgestaltung des Änderungsantrages lässt jedoch einen weiten Interpretationsspielraum offen. Dies führt nach den Erfahrungen aus dem Verwaltungsvollzug zum Generika-Abschlag aufgrund teils nicht überbrückbarer Auffassungen der abschlagpflichtigen pharmazeutischen Unternehmer zu erheblichen Verzögerungen und weitreichenden rechtlichen Auseinandersetzungen. Bei 14-tägigen Preisänderungsterminen ist der administrative Aufwand für die Informationsdienste (IFA – Informationsstelle für Arzneispezialitäten) und für die Arzneimittelabrechnung bei Apotheken, Krankenkassen und jeweils deren Rechenzentren immens. Daher ist eine rechtlich präzise Verfahrensordnung unverzichtbar.

Im Interesse einer ungehinderten Umsetzung sind einige Klarstellungen zum vorliegenden Änderungsantrag vorzunehmen, zumindest aber in der Antragsbegründung zu treffen. So muss im Sinne eines schlüssigen Gesamtkonzeptes für Neueinführungen im Moratoriumszeitraum gelten:

- § Der Referenzpreis bezieht sich auf Produkte des gleichen bei der IFA registrierten Anbieters.
- § Übernimmt ein Unternehmen den Vertrieb eines referenzpreisgeregelten Arzneimittels eines anderen Unternehmens, so gilt der Referenzpreis entsprechend.
- § Das Kriterium „gleicher Wirkstoff“ wird nach gängiger Handhabung nach der Säure bzw. Base des Wirkstoffs definiert (vergleiche § 24b Abs. 3 Satz 2 AMG).

- § Der Bezug auf die definierte durchschnittliche Tagesdosis (DDD) lässt, da es nicht um therapeutische Austauschbarkeit sondern um eine Abschlagskalkulation geht, eine indikationsübergreifende Betrachtung zu.
- § Das Kriterium „Applikationseinheit“ wird nach der Regelungsstruktur der Packungsgrößenverordnung nach § 31 Abs. 4 SGB V abgegrenzt.
- § Unter „größter Packung“ wird in diesem Regelungskontext die Packung mit der größten Gesamtwirkstoffmenge verstanden.
- § Das Preismoratorium ist ebenso auf neu eingeführte Produktvariationen anzuwenden, bei denen zum Beispiel die neue Darreichungsform innerhalb der Abgrenzungen der Packungsgrößenverordnung bleibt oder die Änderung für die Wirkstoffmenge unerheblich ist (Tablettenfarbe, -form, Bruchkerbe o. ä.).
- § Der Referenzpreis ist einmalig zum Zeitpunkt der Markteinführung zu ermitteln und gilt für die Laufzeit des Moratoriums, um damit eine in der Vergangenheit praktizierte „Preisschaukel“ zu verhindern.

Vorgeschlagen wird, diese für den raschen Verwaltungsvollzug notwendigen Festlegungen durch ministerielle Rechtsverordnung zu treffen. Ferner ist neben den nachstehend vorgeschlagenen Änderungen zur gesetzlichen Regelung in der Antragsbegründung des weiteren festzuhalten, dass die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, das Nähere zu regeln, die nun vorgesehenen Rechtsänderungen mit einschließt (§ 130a Abs. 3a Satz 8 SGB V).

Zu den Änderungsanträgen wird eine für die Umsetzung der Abschlagsregelungen nach § 130a SGB V insgesamt dringend gebotene Vollzugshilfe für den Umgang mit verspäteten oder unzutreffenden Angaben der pharmazeutischen Unternehmer zur Abschlagspflicht vermisst. Die Abführung der Abschläge erfolgt mit den bestehenden Verfahren der elektronischen Rechnungslegung. Hierfür ist der Abschlagsbetrag produktbezogen und differenziert für die verschiedenen Abschlagstatbestände zu ermitteln. Die Ver-

pflichtung zur Übermittlung der Angabe ergibt sich bereits aus § 131 Abs. 4 SGB V.

Die vollständige und zutreffende Übermittlung der notwendigen Produktangaben durch die pharmazeutischen Unternehmer ist unerlässlich. Aufgrund von Unstimmigkeiten reichen mittlerweile noch offene Abschlagsansprüche der Krankenkassen – teilweise rechtshängig – bis zum 1. April 2006 zurück (Einführung durch AVWG). Daher wird an den Gesetzgeber appelliert, die in den Entwürfen noch vorgesehene Ermächtigung zur Fehlerkorrektur durch die Rahmenvertragspartner GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband zu realisieren. Ein ergänzender Änderungsvorschlag wird nachstehend vorgelegt.

C) Änderungsvorschlag

zu 01. Buchst. a)

„(1a) Vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 16 Prozent. Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1, bei denen die Regelungen nach Absatz 3b Sätze 2 bis 6 anzuwenden sind. Die Summe der Abschläge aus Satz 1 und Absatz 3b beträgt höchstens 16 vom Hundert.“

zu 01. Buchst. b)

„Für nach dem 1. August 2009 in den Markt eingeführte Arzneimittel gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet; bei Neueinführungen, die sich nur unwesentlich, insbesondere hinsichtlich der Packungsgröße und der Wirkstärke je Applikationseinheit nach den Anlagen zu der auf Grund von § 31 Absatz 4 erlassenen Rechtsverordnung, von einem bereits (Streichung: zuvor) im Markt befindlichen Arzneimittel unterscheiden, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je definier-

ter durchschnittlicher Tagesdosis der größten Packung mit dem gleichen Kennzeichen nach der auf Grund von § 31 Absatz 4 erlassenen Rechtsverordnung zu berechnen. Übernimmt ein pharmazeutischer Unternehmer den Vertrieb eines bereits in den Markt eingeführten Arzneimittels, für welches bereits ein Referenzpreis bestimmt wurde, so gilt der Referenzpreis fort.“

In Artikel 1 wird nach Nr. 01 folgende Nr. 02 eingefügt:

02. Dem § 131 Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Das Nähere zur Übermittlung der in Satz 2 genannten Angaben vereinbaren die Verbände nach § 129 Absatz 2. Sie können die Übermittlung der Angaben nach Satz 2 innerhalb angemessener Frist unmittelbar vom pharmazeutischen Unternehmer verlangen und die durch die verspätete Übermittlung und erforderliche Korrektur entstandenen Aufwendungen geltend machen. Die Korrektur fehlerhafter Angaben begründet eine Zahlungsverpflichtung der pharmazeutischen Unternehmer; Klagen haben keine aufschiebende Wirkung. Die Geltendmachung von Ansprüchen aus § 130a kann auf Dritte übertragen werden.“

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nr. 5a – neu –

(§ 291a Abs. 7a und 7b SGB V – Elektronische Gesundheitskarte; Schiedsstellen)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Die Neuregelung führt dazu, dass nicht nur die an der Vereinbarung zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer beteiligten Parteien (GKV-Spitzenverband, KBV, KZBV oder DKG) im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle anrufen können, sondern zukünftig auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Eine Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Wird die Schiedsstelle vom BMG oder einer anderen beteiligten Partei angerufen und eine beteiligte Partei klagt gegen den anschließend von der Schiedsstelle festgelegten Spruch, müsste der Spruch trotzdem (ohne Verzögerung) von den Beteiligten umgesetzt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Anrufungsmöglichkeit der Schiedsstelle durch das BMG wird abgelehnt. Das BMG hat als Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, Ersatzvornahmen zu tätigen. Durch die beabsichtigte Neuregelung würde die klare Trennung zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht sachwidrig durchbrochen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nr. 5b – neu –

(§ 291b Abs. 1a SGB V – Elektronische Gesundheitskarte; Kosten des BSI)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass die Kosten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) im Rahmen der Einführung der Telematikinfrastruktur von der gematik zu tragen sind.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüßt, dass das BSI bei der Gewährleistung der Datensicherheit weiterhin eine wichtige Rolle einnimmt. Das BSI ist im Rahmen des Projektes Telematik innerhalb seines eigenen Aufgabenbereiches tätig und erhebt für die Zulassung von Komponenten Gebühren. Eine darüber hinausgehende Doppel- oder Mischfinanzierung der Kosten des BSI durch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht sachgerecht. Eine Übernahme sämtlicher Kosten des BSI durch die gematik und damit durch deren Kostenträger wird deshalb abgelehnt. Die Sicherheit der Telematikinfrastruktur liegt vielmehr im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Das BSI als obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums des Innern darf nicht von den Beitragszahlern der GKV subventioniert werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nr. 8 – neu – (Übergangsregelung)

(§ 320 – neu – SGB V – Verlängerung der Übergangsregelungen für die Einbeziehung privater Rechenzentren)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Durch die Einführung des § 320 SGB V sollen die derzeitigen Regelungen zur Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Abs. 6 SGB V) sowie bei Selektivverträgen (§ 295 Abs. 1b Satz 5 und 8 SGB V) über private Abrechnungsstellen bis zum 30. Juni 2011 verlängert werden. Bisher war eine Frist bis zum 30. Juni 2010 vorgesehen. Die in beiden Bereichen geübte Praxis bei der Abrechnung von Leistungen, private Abrechnungsstellen einzubeziehen, wird damit vorübergehend weiter ermöglicht.

B) Stellungnahme

Gegen die Verlängerung der Übergangsregelungen in § 120 Abs. 6 sowie in § 295 Abs. 1b bis zum 30. Juni 2011 bestehen grundsätzlich keine Bedenken.

Die Regelungen dienen jedoch unter anderem auch der Umsetzung von § 73b SGB V in der Fassung des GKV-OrgWG. Danach werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten, wobei den Hausarztverbänden ein Vertragsmonopol eingeräumt wurde.

Der GKV-Spitzenverband lehnt diesen Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol der Hausarztverbände weiterhin ab, weil sie den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs widersprechen. Damit Selektivverträge eine echte

Alternative zur bisherigen kollektivvertraglichen Versorgung darstellen können, muss den Vertragspartnern Vertragsfreiheit und entsprechender Gestaltungsspielraum für selektivvertragliche Möglichkeiten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eingeräumt werden.

Auch wenn gegen die Verlängerung der Übergangsregelung in § 120 Abs. 6 grundsätzlich keine Bedenken bestehen, ist die Regelung für Psychiatrische Institutsambulanzen sowie Krankenhäuser, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen, unplausibel. Beide Leistungsbereiche werden direkt zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse abgerechnet. Eine Regelung bezüglich der Beauftragung anderer Stellen ist somit nicht notwendig.

Darüber hinaus sollte für diese Leistungsbereiche die Regelungskompetenz für die Datenübermittlung analog der übrigen Direktabrechner (Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V und Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V) in den § 301 SGB V verlagert werden. Hierdurch wird eine einheitliche Verfahrensweise zur Datenübermittlung von ambulanten Krankenhausleistungen sichergestellt. Allerdings muss insbesondere hinsichtlich § 116b SGB V auch sichergestellt werden, dass die in § 116b Absatz 6 Satz 4 festgelegten Kennzeichen nach § 293 SGB V weiterhin durch die Krankenhäuser zu übermitteln sind.

C) Änderungsvorschlag

In § 295 Abs. 1b Satz 1 werden folgende Wörter gestrichen:

„psychiatrische Institutsambulanzen so wie Krankenhäuser, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen“ und „bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens“.

Als Folgeänderung werden in Satz 2 die Wörter „mit Ausnahme der Datenübermittlung der psychiatrischen Institutsambulanzen“ ebenfalls gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



§ 295 Abs. 1b Satz 3 und 4 werden als neuer Absatz 6 in § 301 angefügt.

§ 116b Abs. 5 wird um Satz 10 ergänzt:

„Die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301.“

In § 301 Abs. 1 wird nach Nr. 7 die Nr. 7a angefügt:

„die nach § 116b abgerechneten Leistungen und Entgelte sowie die ambulanten Diagnosen inklusive Zusatzkennzeichen nach den Regelungen des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in der jeweils gültigen Fassung. Die von den Leistungserbringern nach Satz 1 durchgeführten Operationen und Sonstige Prozeduren sind nach dem vom DIMDI herausgegebenen Schlüssel in der jeweils gültigen Fassung zu verschlüsseln. Bei der Übermittlung der Daten nach Satz 1 und 2 sind die gemäß § 295 Abs. 3 geltenden ambulanten Kodierrichtlinien zu beachten. Die Kennzeichen nach § 293 (Arzt- und Betriebsstättennummer) sind gemäß § 116b Abs. 6 S. 4 SGB V zu übermitteln.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Änderungsantrag 5

Zu Artikel 2 Nr. 1a – neu –

(§ 77 Abs. 1a Satz 4 – neu – SGB IV – Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 77 SGB IV wird klargestellt, dass für die Beurteilung der Frage, ob die Jahresrechnung einer Krankenkasse ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild ihrer Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vermittelt, ausschließlich die Bestimmungen des Kontenrahmens zugrunde zu legen sind.

B) Stellungnahme

Die Änderung entspricht einem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes und wird vollumfänglich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Änderungsanträge 11 und 12

Zu Artikel 13 (Änderung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) und 14 (Inkrafttreten) - Verlängerung der Übergangsregelungen für die Einbeziehung privater Rechenzentren

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen zum Änderungsantrag 4, mit welchem die derzeitigen Regelungen zur Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Abs. 6 SGB V) sowie bei Selektivverträgen (§ 295 Abs. 1b Satz 5 und 8 SGB V) über private Abrechnungsstellen bis zum 30. Juni 2011 verlängert werden sollen.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Änderungsantrag 4 der Fraktionen von CDU/CSU und FDP wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

IV. Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
(§§ 81a, 197a Abs. 1 Satz 3 und Abs. 3 - Übermittlungsbefugnis von Sozialdaten für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Um für die Kranken- und Pflegekassen hinreichende Rechtssicherheit zu schaffen, wird die Zulässigkeit der Übermittlung von personenbezogenen Daten bzw. Sozialdaten durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in § 81a und § 197a SGB V klarstellend gesetzlich geregelt.

B) Stellungnahme

Bei der gesetzlich vorgeschriebenen Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen und Verbände untereinander sowie mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen existieren derzeit Unsicherheiten, die aus unterschiedlichen Sichtweisen zum Thema Datenschutz resultieren. Zur Rekonstruktion und Aufdeckung von Fehlverhaltensfällen muss es möglich sein, alle erforderlichen Daten, auch Sozialdaten, zwischen den Stellen organisationsübergreifend auszutauschen und zusammenzuführen. Während nach der festen Überzeugung des GKV-Spitzenverbandes dieses Erfordernis von den Bestimmungen der §§ 67d, 69 SGB X i. V. m. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI bereits jetzt gedeckt ist, wird von Datenschutzbeauftragten (der Länder) u. a.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



unter Berufung auf die Gesetzesbegründung zu § 81a Abs. 3 und § 197a Abs. 3 SGB V eine gegenteilige Auffassung vertreten.

C) Änderungsvorschlag

In § 81a und § 197a SGB V wird jeweils in Abs. 1 nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

"§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X gilt".

In § 81a und § 197a SGB V werden jeweils in Abs. 3 nach dem Wort „Aufgaben“ die Wörter „und zur Sachverhaltsaufklärung“ eingefügt.

V. Stellungnahmen zu den Änderungsanträgen der Fraktion der SPD (Ausschussdrucksachen 17(14)0034/2.1-2.4)

Änderungsanträge

Zu Artikel 13 (Änderung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) – Ausschussdrucksache 17(14)0034 (2.1)

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten) – Ausschussdrucksache 17(14)0034 (2.2)

Zu Artikel 1 Nr. 5a – neu – (Abrechnung ärztlicher Leistungen) – Ausschussdrucksache 17(14)0034 (2.4)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit den drei Änderungsanträgen sollen dauerhafte, den Datenschutz hinreichend berücksichtigende Rechtsgrundlagen für die Übermittlung und Verarbeitung von Leistungsdaten über und durch private Abrechnungsstellen im Rahmen von Selektivverträgen geschaffen werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband spricht sich für die Förderung selektiver Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen aus.

Vor diesem Hintergrund müssen bestehende rechtliche Hemmnisse weitgehend ausgeräumt werden. Soweit diese Hemmnisse in den Bestimmungen des Sozialdatenschutzes begründet sind, müssen Regelungen gefunden

werden, die Selektivverträge ermöglichen und zugleich die hohen Anforderungen an den notwendigen Sozialdatenschutz vollumfänglich sicherstellen.

Die mit dieser Zielsetzung vorgeschlagenen Änderungen in § 295 Abs. 1b SGB V erscheinen geeignet, diese Vorgabe zu erfüllen:

Das Schutzniveau in den sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften des SGB X ist einerseits umfassend. Die §§ 67 ff SGB X stellen andererseits auf den Datenschutz bei öffentlichen Stellen ab, die bestimmte gesetzliche Aufgaben haben. Diese gesetzlichen Aufgaben sollen offenbar durch die Zweckbestimmung nach § 295 Abs. 1b Satz 9 (neu) SGB V ersetzt werden. Eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung wäre als Auslegungshilfe für diesen Generalverweis auf das SGB X wünschenswert.

Unklar bleibt darüber hinaus, wann die Zertifizierung stattfinden soll und was zertifiziert wird.

Von dieser Bewertung zur Übermittlung und Verarbeitung von Leistungsdaten über und durch private Abrechnungsstellen bleibt die ablehnende Haltung des GKV-Spitzenverbandes zu der in § 73b SGB V enthaltenen Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen unbenommen.

Der GKV-Spitzenverband lehnt den Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol der Hausarztverbände unverändert ab, weil diese Regelungen den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs widersprechen. Damit Selektivverträge eine echte Alternative zur bisherigen kollektivvertraglichen Versorgung darstellen können, muss den Vertragspartnern Vertragsfreiheit und ein entsprechender Gestaltungsspielraum für selektivvertragliche Möglichkeiten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eingeräumt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Änderungsantrag

Zu Artikel 1 Nr. 01 –neu –

(Änderung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) – Ausschussdrucksache 17(14)0034 (2.3)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag sollen importierte Arzneimittel generell von der Erhöhung des Herstellerabschlags ausgenommen werden.

B) Stellungnahme

Die Abschlagsbedingungen für Generika müssen auch für (re-) importierte Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V gelten. Der zur vorrangigen Abgabe gesetzlich bestimmte Preisabstand von 15 Euro erweist sich gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln bis zu mehreren 1.000 Euro als finanzielle Bagatelle. Daher ist eine generelle Abschlagsfreistellung für Importe abzulehnen. Die gesetzlich bestimmte „Preisgünstigkeit“ von Importen (15 Euro oder 15 Prozent) bedarf ohnehin einer Überprüfung und Anpassung bei der aus den sogenannten Eckpunkten folgenden Gesetzgebung.

C) Änderungsvorschlag

Dem Änderungsantrag sollte nicht gefolgt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



VI. Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/1206, Ausschussdrucksache 17(14)0034(3))

Antrag vom 24.03.2010 (Drucksache 17/1206)

Die Fraktion DIE LINKE legt mit der Bundestagsdrucksache 17/1206 „Faire Preise für wirksame und sichere Arzneimittel – Einfluss der Pharmaindustrie begrenzen“ einen umfänglichen Antrag zur Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung vor. Die mit dem Antrag verbundene Zielsetzung begrüßt der GKV-Spitzenverband. In der mündlichen Anhörung am 19.05.2010 steht der GKV-Spitzenverband für Bewertungen einzelner Antragsinhalte zur Verfügung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



Änderungsantrag vom 06.05.2010 (Ausschussdrucksache 17(14)0034(3))

Zu Artikel 1 Nr. 01 –neu –

(Änderung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften)

A) Beabsichtigte Änderung/Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag sollen alle festbetragsgebundenen, patentgeschützten Analogpräparate dem so genannten Generikaabschlag von 10 Prozent des Herstellerabgabepreises nach §130a Abs. 3b SGB V unterstellt werden.

B) Stellungnahme

Bei den festbetragsgebundenen, patentgeschützten Analogpräparaten ist zwischen zwei Fallgestaltungen zu unterscheiden.

In den so genannten „Jumbogruppen“, also den Gruppen von patentfreien mit patentgeschützten Wirkstoffen nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 3 SGB V, liegt der Festbetrag in der Regel auf dem Preisniveau der patentfreien Generika. D.h. diese Arzneimittel unterliegen bereits einem erheblichen Preisdruck. Insofern wird für diese Gruppe eine zusätzliche Abschlagsbelastung für nicht verhältnismäßig erachtet.

In den Gruppen mit (mindestens drei) Arzneimitteln mit ausschließlich patentgeschützten Wirkstoffen nach § 35 Abs. 1a SGB V liegt der Festbetrag dagegen nahe beim Listenpreisniveau. Diese Gruppen nach Abs. 1a werden automatisch zu Gruppen nach Abs. 1, sobald der erste Wirkstoff den Patentschutz verliert und generische Nachfolgeprodukte in den Markt kommen mit den oben dargestellten Folgerungen für die Höhe des Festbetrages. Die vorgeschlagene Abschlagsregelung sollte daher auf „nach § 35 Abs. 1a SGB V festbetragsgebundene patentgeschützte Analogpräparate“ erstreckt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) vom 31.03.2010 (Bundestagsdrucksache 17/1297)



C) Änderungsvorschlag

Bei Berücksichtigung des Änderungsantrags sollte die Abschlagsregelung ausschließlich auf „festbetragsgebundene patentgeschützte Analogpräparate nach § 35 Abs. 1a SGB V“ erstreckt werden.