

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 1 0a - neu - (§ 4 SGB V)

(Fortsetzung der Ausgabe von
Gesundheitskarten in 2012)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

- a) Im Eingangssatz wird das Wort „gesetzliche“ durch das Wort „Gesetzliche“ ersetzt.
- b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1 0a eingefügt:

„1 0a. § 4 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, dürfen sich die Verwaltungsausgaben im Jahr 2013 gegenüber dem Jahr 2012 nicht erhöhen.“

- b) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 4 Satz 4 Nummer 1 und Satz 5 sowie § 291a Absatz 7 Satz 7 gelten entsprechend.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Korrektur eines redaktionellen Versehens.

Zu Buchstabe b

Die elektronische Gesundheitskarte dient der Verbesserung des Datenschutzes, der Missbrauchsbekämpfung, der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit. Bereits zum 1. Januar 2004 ist die gesetzliche Regelung in Kraft getreten, wonach die Krankenkassen ab dem Jahr 2006 die Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte zu erweitern haben. Der Ausgabeprozess wurde aber erst durch die zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene Regelung in Absatz 6, wonach Krankenkassen eine Kürzung ihrer Verwaltungsausgaben hinnehmen müssen, wenn sie im Jahr 2011 nicht an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten Gesundheitskarten ausgeben, bundesweit eingeleitet. Die Ergänzung der Regelung in Absatz 6 dient dem Zweck, dass die Krankenkassen diesen im Jahr 2011 begonnenen Prozess der Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten an ihre Versicherten über die gesetzliche Vorgabe für das Jahr 2011 hinaus konsequent fortsetzen. Bei Krankenkassen, die bis Ende des Jahres 2012 nicht an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgeben und die damit auch die vorgegebenen Möglichkeiten zur Reduzierung des Missbrauchs sowie der Steigerung der Wirtschaftlichkeit nicht nutzen, sollen sich die Verwaltungskosten im Jahr 2013 gegenüber 2012 nicht erhöhen. Damit wird die nach Absatz 4 Satz 2 für die Jahre 2011 und 2012 vorgeschriebene Begrenzung der Verwaltungsausgaben unter Berücksichtigung der für diese Jahre geltenden Ausnahmetatbestände für diese Krankenkassen für das Jahr 2013 fortgeschrieben. Die Bezugnahme auf das Jahr 2012 stellt sicher, dass sich die Verwaltungsausgaben auch derjenigen Kassen nicht erhöhen, die bereits die in Satz 1 für das Jahr 2011 gesetzlich geregelte Ausstattungsquote von 10 Prozent nicht erreicht haben und deshalb im Jahr 2012 einen Reduktion ihrer Verwaltungsausgaben um 2 Prozent hinnehmen müssen.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 1b - neu - (§ 10 SGB V) (Verlängerung der Familienversicherung)

Nach Artikel 1 Nummer 1a - neu - wird folgende Nummer 1b eingefügt:

„1b. In § 10 Absatz 2 Nummer 3 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,“

Begründung:

Mit dem Gesetz zur Änderung wehrrechtlicher Vorschriften 2011 (Wehrrechtsänderungsgesetz 2011) vom 26. April 2011 und der davon erfassten Änderung des Wehrpflichtgesetzes (WPfIG) wurde ab 1. Juli 2011 die Aussetzung der Wehrpflicht unter Fortentwicklung des freiwilligen Wehrdienstes realisiert. Zeitgleich mit der Aussetzung der Wehrpflicht wurde durch das Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes vom 28. April 2011 auch der Zivildienst als bisheriger Wehersatzdienst ausgesetzt. Als Alternative wurde ein Bundesfreiwilligendienst (BFD) für Männer und Frauen eingeführt, der dem Ziel einer Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sowie der Stärkung der bestehenden zivilgesellschaftlichen Strukturen dient und als Ergänzung und Stärkung der

bestehenden Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz (JFDG) ausgestaltet wurde.

Nach § 10 Absatz 2 Nummer 1 bis 3 sind Kinder bis zu verschiedenen Altersgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert. Eine Verlängerung der Familienversicherung eines Kindes über das 25. Lebensjahr hinaus ist bisher nur möglich, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes, das heißt durch die Erfüllung der Wehrpflicht oder ersatzweise des Zivildienstes, unterbrochen oder verzögert wird.

Infolge der Einführung des freiwilligen Wehrdienstes und des Bundesfreiwilligendienstes werden seit dem 1. Juli 2011 grundsätzlich keine neuen gesetzlichen Dienstpflichten mehr begründet (Ausnahme: im Spannungs- und Verteidigungsfall). Für den freiwilligen Wehrdienst sieht § 56 WPfIG vor, dass alle sonstigen Regelungen, die an die Ableistung des Grundwehrdienstes anknüpfen, auf die freiwillig Wehrdienstleistenden entsprechend anzuwenden sind. Die Regelungsabsicht in Bezug auf die Verlängerung der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch in Bezug auf den bis zu 23 Monate dauernden freiwilligen Wehrdienst im Verhältnis zu den zuletzt sechs Monate dauernden Grundwehrdienst nicht klar und eindeutig zu erkennen. Eine Berücksichtigung nur von Zeiten des freiwilligen Wehrdienstes würde zudem zu einer sachlich nicht begründbaren Ungleichbehandlung im Verhältnis zu den übrigen Freiwilligendiensten führen.

Die Neuregelung stellt die Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste im Hinblick auf die Verlängerungstatbestände der Familienversicherung nach § 10 sicher. Damit führen neben der Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht ab dem 1. Juli 2011 auch Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren Freiwilligendienstes (zum Beispiel Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer) zur Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus, wenn hierdurch eine Schul- oder Berufsausbildung verzögert oder unterbrochen worden ist. Die Regelung trägt auch dazu bei, das bürgerliche Engagement zu stärken

und Freiwilligendienste zu fördern. Der Verlängerungszeitraum ist auf höchstens zwölf Monate begrenzt. Diese Begrenzung trägt einerseits dem Umstand Rechnung, dass Freiwilligendienste häufig für eine Dauer von zwölf Monaten abgeschlossen werden. Andererseits wird dadurch einer erheblichen Ausweitung der beitragsfreien Familienversicherung, die durch die Beitragszahler der Solidargemeinschaft aufgefangen werden muss, begegnet; dies gilt insbesondere für den neuen freiwilligen Wehrdienst, der – im Gegensatz zur bisherigen sechsmonatigen Wehrpflicht – bis zu 23 Monaten dauern kann.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 19 SGB V)

(Leistungsentscheidung bei
Kassenschließungen)

Artikel 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Nach § 19 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die von dieser Krankenkasse getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fort. Hiervon ausgenommen sind Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen. Beim Abschluss von Wahlтарifen, die ein Mitglied zum Zeitpunkt der Schließung in vergleichbarer Form bei der bisherigen Krankenkasse abgeschlossen hatte, dürfen von der aufnehmenden Krankenkasse keine Wartezeiten geltend gemacht werden. Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.“

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 19 Absatz 1a – neu – vor, dass die Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkassen gegenüber der aufnehmenden Krankenkasse fortgelten. Mit der vorliegenden Änderung wird diesbezüglich klargestellt, dass dies nicht für Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen gilt.

Allerdings sollen für Mitglieder, die sich bei der aufnehmenden Krankenkasse für Wahlтарife entscheiden, die sie in vergleichbarer Weise zum Zeitpunkt der Schließung bei ihrer bisherigen Krankenkasse

abgeschlossen hatten, nicht nochmals Wartezeiten zu erfüllen sein. Grundsätzlich ist das Mitglied gehalten, sich aktiv eine neue Krankenkasse zu wählen, die – auch hinsichtlich von Leistungen aufgrund von Satzungsregelungen – seinen Bedürfnissen entspricht.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 10d - neu - und 10e - neu - (§§ 64 und 64a SGB V)

(Modellvorhaben)

Nach Artikel 1 Nummer 10c - neu - werden die folgenden Nummern 10d und 10e eingefügt:

10d. In § 64 Absatz 3 Satz 1 erster Halbsatz wird nach der Angabe „§ 63 Abs. 1“ die Angabe „oder § 64a“ eingefügt und wird die Angabe „85a“ durch die Angabe „87a“ ersetzt.

10e. Nach § 64 wird folgender § 64a eingefügt:

„§ 64 a Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation der Apotheker auf Landesebene gemeinsam können mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung für eine Zeitdauer von bis zu drei Jahren vereinbaren. Werden Modellvorhaben in mehreren Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart, sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Durchführung des Modellvorhabens in einem Bezirk einigen. Überschüsse aufgrund von Minderaufwendungen, die durch Maßnahmen des Modellvorhabens nach Satz 1 bei den Krankenkassen realisiert werden, sind in Teilen an die Leistungserbringer weiterzuleiten. Die durch das Modellvorhaben

den Krankenkassen entstehenden Mehraufwendungen sind auszugleichen. Die Vereinbarung nach Satz 1 umfasst das Nähere zu dem Modellvorhaben, insbesondere

1. einen Katalog für eine wirtschaftliche Wirkstoffauswahl in allen versorgungsrelevanten Indikationen,
2. die im Modellprojekt zu erbringenden Leistungen und deren Dokumentation,
3. die Grundsätze zur Ermittlung von Überschüssen und deren teilweise Weiterleitung an die Leistungserbringer nach Satz 3 sowie zum Ausgleichsverfahren nach Satz 4.

Im Übrigen gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 § 63 Absatz 3 und 4 bis 6 entsprechend. § 65 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Begleitung und Auswertung von den Vertragspartnern nach Satz 1 veranlasst wird. Für das Modellvorhaben ist eine Vereinbarung nach § 106 Absatz 3b zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertragspartner nach § 129 Absatz 2 können gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Inhalt und zur Durchführung des Modellvorhabens vereinbaren, die in der Vereinbarung nach Satz 1 zu beachten sind.

(2) Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung nach § 89 Absatz 2 zur Festsetzung des Inhalts der Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Die Festsetzung soll unterbleiben, wenn in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde. Das Schiedsamt wird um Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen ist. Das so erweiterte Schiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder."

Begründung:

Zu Nummer 10d

Folgeänderung aus der Einführung eines Modellvorhabens für ein Medikationsmanagements nach § 64a und Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Nummer 10e

Die Regelung ermöglicht der Selbstverwaltung auf Landesebene die Durchführung eines Modellvorhabens zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu vereinbaren. Dies soll zur Verbesserung der Therapietreue der Patienten beitragen und die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessern durch die Vermeidung arzneimittelbezogener Probleme und die Verminderung von Arzneimittelrisiken. Grundlage für Verordnungen von Arzneimitteln ist dabei ein Medikationskatalog auf Wirkstoffbasis, der eine leitliniengerechte Versorgung sicherstellt. Der Medikationskatalog ist von den Vertragspartnern zu vereinbaren. Darin sollen für alle wichtigen Indikationen jeweils Vorgaben zur wirtschaftlichen Auswahl von Wirkstoffen gemacht werden. Darüber hinaus kann vereinbart werden, dass anstelle von spezifischen Präparaten ausschließlich Wirkstoffe verordnet werden. Insbesondere für chronisch kranke Patienten, die mindestens fünf Arzneimittel dauerhaft einnehmen, kann auch ein sogenanntes Medikationsmanagement vereinbart werden. Dabei geht es um die kontinuierliche Erfassung und Prüfung der Gesamtmedikation des Patienten durch Ärzte gemeinsam mit Apothekern. Das Modellvorhaben soll insgesamt zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung und dadurch zu Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung führen. Wenn durch die für das Modellprojekt vereinbarten Leistungen Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung erreicht werden, sollen davon auch die teilnehmenden Leistungserbringer profitieren. Mehraufwendungen durch das Modellprojekt sind den Krankenkassen auszugleichen, so dass für die gesetzliche Krankenversicherung Kostenneutralität gewährleistet ist.

Die Einzelheiten zu dem Modellprojekt vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Landesebene, in deren Zuständigkeitsbereich das Modellvorhaben durchgeführt werden soll, mit den Landesverbänden der Krankenkassen

und den Ersatzkassen gemeinsam. Die Laufzeit von Modellvorhaben ist auf bis zu drei Jahre zu befristen, um eine zeitnahe Evaluierung zu gewährleisten.

Das Modellvorhaben ist wissenschaftlich zu evaluieren, um den Erfolg des Modells nachweisen zu können und um Erkenntnisse für eine spätere flächendeckende Umsetzung zu gewinnen. Wenn das Modellprojekt umgesetzt wird, ist eine entsprechende Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Modellregion erforderlich. Die bisher freiwillige Vereinbarung von arztbezogenen Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmenge, im jeweiligen Anwendungsgebiet (§ 106 Absatz 3b), ist daher für die Modellregion verpflichtend vorgesehen. Die Verpflichtung des Apothekers zur Abgabe rabattbegünstigter Arzneimittel nach § 129 Absatz 1 gilt auch im Rahmen der Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten, Apothekern und Krankenkassen auf Bundesebene kann Empfehlungen zum Modellvorhaben vereinbaren.

Eine Festsetzung der Vereinbarung zur Durchführung des Modellvorhabens in der Region durch das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung, das hierzu um Vertreter der Apotheker erweitert wird, ist nach Absatz 2 möglich, wenn ein derartiges Modell nicht auf freiwilliger Basis durch die gemeinsame Selbstverwaltung vereinbart wird.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 79 SGB V)

(Amtsdauer der KV-Vorstände)

Artikel 1 Nummer 16 wird wie folgt gefasst:

,16. In § 79 Absatz 4 Satz 5 erster Halbsatz werden nach dem Wort „Jahre“ die Wörter „, es sei denn, ein Vorstandsmitglied wird während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung gewählt“ eingefügt.’

Begründung:

Die Änderung stellt klar, dass Vorstandsmitglieder von Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die während der laufenden Amtsdauer der Vertreterversammlung nachgewählt werden, auch für einen kürzeren Zeitraum als sechs Jahre gewählt werden können. Damit kann auch in den Fällen von Nachwahlen von Vorstandsmitgliedern eine Kongruenz der Amtsdauer der Vertreterversammlung und der Amtszeit des Vorstands erreicht werden.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 87a SGB V)

(Zuschläge auf den Orientierungswert)

In Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd wird das Wort „und“ durch das Wort „oder“ und das Wort „gemäß“ durch das Wort „nach“ ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Richtigstellung.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT- Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 87b SGB V)

(vernetzte Praxen, Fachgruppenbezeichnung
redaktionell)

In Artikel 1 Nummer 24 wird § 87b wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; dabei können auch gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen auch als ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 vorgesehen werden, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Praxisnetz von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt wird“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „psychotherapeutische Medizin“ durch die Wörter „psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Satz 1“ die Wörter „sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen,“ eingefügt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Auch mit Zusammenschlüssen von Vertragsärztinnen und -ärzten verschiedener Fachrichtungen (vernetzte Praxen beziehungsweise Praxisnetze) zur interdisziplinären, kooperativen und medizinischen ambulanten insbesondere wohnortnahen Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten können die ambulanten Versorgungsstrukturen verbessert werden. Ziel solcher Kooperationen ist die Optimierung ambulanter Versorgungsstrukturen, wodurch die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit gesteigert werden können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten bei der Verteilung der Gesamtvergütungen auch die Möglichkeit, im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) solche Kooperationen, insbesondere ausgerichtet an definierten Versorgungszielen (zum Beispiel Erhöhung der Impf- oder Präventionsquote), finanziell zu fördern. Dies umfasst auch die Möglichkeit, dass die Kassenärztliche Vereinigung einem Praxisnetz ein eigenes Honorarbudget oder Honorarvolumen als Teil der Gesamtvergütungen zuweisen kann zwecks eigenständiger Verteilung an die an diesem Praxisnetz teilnehmenden Ärzte beziehungsweise Praxen (Netzpraxen), sofern das Praxisnetz nach Maßgabe der dazu von der Kassenärztlichen Vereinigung erlassenen Richtlinie anerkannt ist (vergleiche Absatz 4 Satz 1).

Von der HVM-Regelung bleiben Verträge nach den §§ 73b, 73c und 140 sowie Modellvorhaben nach § 63 oder entsprechender Vereinbarungen nach § 64 unberührt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung entsprechend der Facharztbezeichnung „Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung bestimmt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen ihrer Vorgaben für die Kassenärztlichen Vereinigungen Kriterien und Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zur Identifikation bzw. Anerkennung besonders förderungswürdiger

Praxisnetze im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen festzulegen hat. Auf der Grundlage dieser Kriterien konkretisiert die Kassenärztliche Vereinigung in einer Richtlinie die Anerkennung von Praxisnetzen, um diese besonders zu fördern (zum Beispiel durch Zuschlagsregelungen bei der Honorarverteilung). Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Rahmen ihrer Honorarverteilungskompetenz dabei auch festlegen, einem anerkannten Praxisnetz ein eigenes mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu vereinbarendes Honorarbudget oder Honorarvolumen zuzuweisen. In der Richtlinie sind insbesondere auch die anzustrebenden Versorgungsziele festzulegen.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 26 (§ 87d SGB V)

(Behandlungsbedarf 2012)

In Artikel 1 Nummer 26 werden in § 87d Absatz 2 Satz 4 die Wörter „Nummer 1, 2, 4 und 5“ durch die Wörter „Nummer 2, 4 und 5“ ersetzt.

Begründung:

Mit der Streichung der Nummer 1 wird redaktionell richtig gestellt, dass, wie im GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehen (§ 87d Absatz 2 Satz 8 SGB V) und durch § 87d Absatz 2 Satz 1 - neu - intendiert, auch im Jahr 2012 bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs und der Gesamtvergütung die Veränderungen der Zahl der Versicherten der Krankenkasse zu berücksichtigen sind.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 31 (§ 95 Absatz 6 SGB V)

(Wegfall der Gründungsvoraussetzung für MVZ)

Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:

„aa) In Satz 3 werden die Wörter „des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „des Absatz 1 Satz 4 und 5 oder des Absatzes 1a Satz 1“ ersetzt.“

Begründung:

Die Voraussetzungen für die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums müssen während des Betriebs weiterhin vorliegen. Anderenfalls ist die Zulassung zu entziehen. Dies gilt jedoch erst nach einer Frist von sechs Monaten, bis zu deren Ablauf die Voraussetzungen wieder hergestellt werden können. Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Frist von sechs Monaten auch für die Voraussetzung gilt, dass die Einrichtung fachübergreifend sein muss. Die Änderung soll gewährleisten, dass der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums auch dann zunächst einmal weiterlaufen kann, wenn die Einrichtung wegen des Ausscheidens eines Arztes vorübergehend nicht mehr fachübergreifend ist.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 41a - neu - (§ 115b SGB V) (Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus)

In Artikel 1 wird nach Nummer 41 folgende Nummer 41a eingefügt:

41a. Dem § 115b Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“

Begründung:

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG-Urteil vom 24. März 2011 - B 6 KA 6/10 R-) lässt die derzeitige Regelung des Ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115b in Verbindung mit dem hierzu bestehenden dreiseitigen Vertrag zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (AOP – Vertrag) nur zu, dass ambulante Operationen durch Operateure des Krankenhauses oder durch Belegärzte, jeweils in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses erfolgen. Danach dürfen weder Vertragsärzte ohne Belegarztstatus ihre Patienten ambulant im Krankenhaus operieren noch dürfen Krankenhäuser zur Durchführung ihrer ambulanten Operationen solche Ärzte einsetzen. Insbesondere sind Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten mit dem Ziel, solche Kooperationen zu ermöglichen, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit der geltenden

Rechtslage nach § 115b in Verbindung mit dem geltenden AOP-Vertrag nicht vereinbar.

Da eine – grundsätzlich mögliche – Anpassung des AOP-Vertrages mit dem Ziel, Vertragsärzten ohne Belegarztstatus die ambulante Operation von Patienten im Krankenhaus auf der Grundlage von Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern zu ermöglichen, nicht in Aussicht steht, sind zur wünschenswerten Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten entsprechende Kooperationsmöglichkeiten in § 115b gesetzlich zu verankern. Hierzu bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Vorgabe an die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1, nach denen ambulant durchführbare Operationen im Krankenhaus auch auf der Grundlage derartiger vertraglicher Kooperationen des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten erfolgen können. Vertragsarztrechtliche Vorschriften stehen einer solchen Regelung seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz nicht mehr entgegen.

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 52 (§ 137 SGB V)

(Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer bei Richtlinien zur Qualitätssicherung)

Artikel 1 Nummer 52 wird wie folgt gefasst:

52. § 137 wird folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 116b Abs. 4 Satz 4 und 5“ durch die Wörter „§ 116b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und wird folgender Halbsatz angefügt:

„die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.“

b) In Absatz 3 Satz 5 wird nach dem Wort „Nummer 1“ das Wort „und 4“ eingefügt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung entspricht der bisherigen Nummer 52 des Regierungsentwurfs.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Anfügung wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer bei den Beratungen zu den Richtlinien über die Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Beteiligung bezieht sich dabei nur auf Bereiche, bei denen die Belange der Institutionen jeweils berührt sind. Dadurch wird sichergestellt, dass diese die Anliegen der von ihnen vertretenen Berufsgruppen in die Beratungen einbringen können und gleichzeitig die Arbeitsfähigkeit des Gemeinsamen Bundesausschuss und seiner Gremien nicht unnötig erschwert wird.

Zu Buchstabe b

Die Erweiterung des Beteiligungsrechts der Bundespsychotherapeutenkammer sichert zukünftig, dass auch bei der Festlegung der Anforderungen an die Qualitätsberichte die Belange der durch sie vertretenen Berufsgruppe der Psychotherapeuten mit berücksichtigt werden kann. Dies unterstützt das Anliegen, den Informationsgehalt der Qualitätsberichte umfassend zu gestalten und dabei auch die psychotherapeutische Versorgung angemessen zu berücksichtigen.

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 59b - neu - (§ 146a SGB V)

(Mindestzeitraum bei
Kassenschließungen)

Nach Artikel 1 Nummer 59a - neu - wird folgende Nummer 59b eingefügt:

„59b. In § 146a Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.“

Begründung:

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Ortskrankenkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 59c - neu - (§ 153 SGB V)

(Mindestzeitraum bei
Kassenschließungen)

Nach Artikel 1 Nummer 59b - neu - wird folgende Nummer 59c eingefügt:

„59c. In § 153 Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.“

Begründung:

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Betriebskrankenkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 60 (§ 155 SGB V)

(Hinweispflichten des
Abwicklungsvorstands)

Artikel 1 Nummer 60 wird wie folgt gefasst:

„60. Dem § 155 Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen und den von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen benötigten Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. Er hat die einzelnen Mitgliedergruppen ferner auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 Absatz 3a hinzuweisen sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts.“

Begründung:

Die Änderung enthält zusätzliche Informationspflichten für den Vorstand der abzuwickelnden Krankenkasse. Dieser hat die Mitglieder auch auf die Besonderheiten der Ausübung des Wahlrechts im Fall der Kassenschließung hinzuweisen (vergleiche die Regelungen in § 175 Absatz 3a). Dies trägt zur weiteren Erleichterung und Beschleunigung des Kassenwechsels der Betroffenen bei, so dass im Regelfall davon

ausgegangen werden kann, dass die Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung bei einer neuen Krankenkasse versichert sind und damit eine lückenlose Leistungsgewährung sichergestellt ist. Nur in Ausnahmefällen kann es daher erforderlich sein, dass die betroffenen Versicherten die ihnen zustehenden Leistungen im Wege der Leistungsaushilfe erhalten. Dies kann bei freiwilligen Mitgliedern und bei Versicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 der Fall sein, da bei diesen eine Zuordnung durch eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht erfolgen kann. Hierauf sind die Betroffenen hinzuweisen sowie darauf, dass bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Mitgliedsbescheinigung eine gesetzliche Pflicht zur Versicherung besteht. Eine aushilfsweise Leistungserbringung kann auch dann erforderlich werden, wenn zwischen der Stellung eines Insolvenzantrags und der Eröffnung des Insolvenzverfahrens weniger als acht Wochen liegen, und Versicherte ihr Wahlrecht bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens noch nicht ausgeübt haben. Die für die Leistungsaushilfe erforderlichen Entscheidungen trifft der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage des § 217f Absatz 6.

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 60a - neu - (§ 163 SGB V)

(Mindestzeitraum bei
Kassenschließungen)

Nach Artikel 1 Nummer 60 wird folgende Nummer 60a eingefügt:

„60a. In § 163 Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.“

Begründung:

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Innungskrankenkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 60b - neu - (§ 170 SGB V)

(Mindestzeitraum bei
Kassenschließungen)

Nach Artikel 1 Nummer 60a - neu - wird folgende Nummer 60b eingefügt:

„60b. In § 170 Satz 2 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „, wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens acht Wochen liegen müssen“ eingefügt.“

Begründung:

Die Regelung legt einen Mindestzeitraum fest, der von den Aufsichtsbehörden bei der Schließung einer Ersatzkasse einzuhalten ist, bevor die Schließung wirksam wird. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse ein ausreichender Zeitraum zur Verfügung steht, um das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse auszuüben, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese zum Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird, eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet haben. Die hierfür erforderlichen flankierenden Regelungen zum Verfahren der Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung einer Krankenkasse werden in § 175 Absatz 3a geregelt.

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 64 (§ 175 SGB V)

(Ausübung des Wahlrechts
bei Kassenschließung)

Dem Artikel 1 Nummer 64 wird folgender Buchstabe c angefügt:

.c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam oder das Insolvenzverfahren eröffnet oder mangels Masse abgewiesen wird. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.“

Begründung:

Zu Buchstabe c

Die Änderung enthält Sonderregelungen für die Ausübung des Kassenwahlrechts im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der Wechsel der versicherungspflichtigen Mitglieder der abzuwickelnden Krankenkasse zu einer neuen Krankenkasse im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung beziehungsweise der Eröffnung des Insolvenzverfahrens im Regelfall vollzogen ist und freiwillig Versicherte ihr Wahlrecht vor der Kassenschließung ausüben können.

Grundlage dieser Regelung ist die neue Festlegung einer Mindestfrist zwischen der Zustellung des Schließungsbescheids und dem Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird (vergleiche die Änderungen in den §§ 146a, 153, 163 und 170). Innerhalb von sechs Wochen nach der Zustellung des Schließungsbescheids beziehungsweise der Stellung des Insolvenzantrags durch die Aufsichtsbehörde haben Versicherungspflichtige das Wahlrecht auszuüben und der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird das Wahlrecht innerhalb dieser Frist nicht ausgeübt beziehungsweise der zur Meldung verpflichteten Stelle keine Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse vorgelegt, hat diese den Betroffenen bei der Krankenkasse anzumelden, bei der dieser vor seiner Mitgliedschaft bei der schließenden Krankenkasse versichert war; bestand keine vorhergehende Versicherung, ist er von der zuständigen Meldestelle bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse beginnt mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung beziehungsweise der Eröffnung des Insolvenzverfahrens. Freiwillige Mitglieder und Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 haben keine zur Meldung verpflichtete Stelle. Freiwillige Mitglieder haben weiterhin entsprechend der Regelung in § 9 Absatz 2 eine Frist von drei Monaten für die Ausübung des Kassenwahlrechts, die mit dem Tag der Zustellung des Schließungsbescheids beziehungsweise der Stellung des Insolvenzantrags beginnt.

Damit der Vorstand der abzuwickelnden Krankenkasse einen Überblick über die vollzogenen Kassenwechsel hat, haben die gewählten

Krankenkassen dieser unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln.

Auf Grund dieser Regelungen kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung bei einer neuen Krankenkasse versichert sind und damit eine lückenlose Leistungsgewährung sichergestellt ist. Nur in Ausnahmefällen kann es daher noch erforderlich sein, dass die betroffenen Versicherten darauf angewiesen sind, nach dem Wirksamwerden der Schließung die ihnen zustehenden Leistungen im Wege der Leistungsaushilfe zu erhalten. Dies kann bei freiwilligen Mitgliedern und bei Versicherten nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 der Fall sein, bei denen eine Zuordnung durch eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht erfolgen kann, wenn diese ihr Wahlrecht nicht rechtzeitig ausüben. Hierauf sind die Betroffenen hinzuweisen sowie darauf, dass bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Mitgliedsbescheinigung eine gesetzliche Pflicht zur Versicherung besteht (vergleiche die Änderung in § 155 Absatz 2). Eine aushilfsweise Leistungserbringung kann auch dann erforderlich werden, wenn zwischen der Stellung eines Insolvenzantrags und der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens weniger als acht Wochen liegen. Die für die Leistungsaushilfe erforderlichen Entscheidungen trifft der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage des § 217f Absatz 6. In jedem Fall können die Betroffenen durch frühzeitige Ausübung des Wahlrechts die Notwendigkeit einer aushilfsweisen Leistungsgewährung vermeiden.

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 70a - neu - (§ 251 SGB V) (Datenschutzrechtliche Regelungen bei der Prüfung der Direktzahler)

Nach Artikel 1 Nummer 70 wird folgende Nummer 70a eingefügt:

,70a. Dem § 251 Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Ihm sind die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das Bundesversicherungsamt kann die Prüfung durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband wahrnehmen lassen; Der Beauftragte muss zustimmen. Dem Beauftragten sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Beauftragte darf die erhobenen Daten nur zum Zweck der Durchführung der Prüfung verarbeiten und nutzen. Die Daten sind nach Abschluss der Prüfung zu löschen. Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.“

Begründung:

Mit Einführung des Gesundheitsfonds hat der Gesetzgeber mit der Regelung in § 251 Absatz 5 Satz 2 dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds die Berechtigung zur Prüfung der Beitragszahlungen der sogenannten Direktzahler übertragen. Die Prüfung der Direktzahler lag bis zu diesem Zeitpunkt im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen und wurde mit der Änderung der Zahlungsströme auf das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds übertragen. Prüfgegenstand ist hierbei ausschließlich die Beitragszahlung aus den jeweiligen Versicherungsverhältnissen. Deshalb werden insbesondere die

Künstlersozialkasse, die Bundesagentur für Arbeit und die zugelassenen kommunalen Träger geprüft.

Da die Krankenkassen und die Landesverbände grundsätzlich über das nötige Fachwissen und ausreichende Personalressourcen verfügen, wird das Bundesversicherungsamt ermächtigt, Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen mit deren Zustimmung die Durchführung der Prüfung wahrnehmen zu lassen. Die dadurch entstehenden Kosten werden durch das Bundesversicherungsamt getragen, dessen Ausgaben nach § 271 Absatz 6 bei der Verwaltung des Gesundheitsfonds aus den Einnahmen des gedeckt werden.

Satz 3 und Satz 4 zweiter Halbsatz schaffen klare datenschutzrechtliche Grundlagen für dieses Verfahren. Mit den Regelungen werden die an der Prüfung beteiligten Stellen zur Vorlage der erforderlichen Prüfunterlagen und zur Auskunftserteilung verpflichtet und eine entsprechende Datenerhebung durch das Bundesversicherungsamt legitimiert. Beauftragt das Bundesversicherungsamt eine Krankenkasse oder einen Landesverband der Krankenkassen nach Satz 4 erster Halbsatz mit der Durchführung der Prüfung, sind die Unterlagen und Auskünfte gegenüber dem Beauftragten vorzulegen beziehungsweise zu erteilen.

Satz 5 stellt klar, dass die Beauftragten den datenschutzrechtlichen Anforderungen des SGB X genügen müssen. Dies gilt auch für solche Daten, die im Verlauf der Prüfung bekannt werden, aber für die Durchführung nicht erforderlich sind. Satz 6 regelt klar, dass die Daten nach Abschluss der Prüfung zu löschen sind. Zudem gelten nach Satz 7 im Übrigen für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches. Dies bedeutet insbesondere, dass die Beauftragten nach § 78a SGB X die technischen und organisatorischen Maßnahmen einschließlich der Dienstanweisungen zu treffen haben, die erforderlich sind, um die besonderen Anforderungen des Sozialdatenschutzes zu gewährleisten.

Änderungsantrag 19

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 70b - neu - (§ 252 SGB V)

(Zwangsgeld bei fehlenden oder unvollständigen Monatsabrechnungen
Sonstige Beiträge)

Nach Artikel 1 Nummer 70a - neu - wird folgende Nummer 70b eingefügt:

„70b. Dem § 252 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.“

Begründung:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge ist durch das Bundesversicherungsamt sicherzustellen. Diese sind zum einen für die laufende Überwachung des Beitragseinzugs, die technische Abwicklung der Buchungen sowie die Erstellung der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds notwendig. Zum anderen ist die Sicherstellung des korrekten Einzugs der sonstigen Beiträge Voraussetzung für die Durchführung des Sozialausgleichs nach § 242b in den Folgejahren. Um die fristgerechte Abgabe vollständiger und richtiger Monatsabrechnungen sonstige Beiträge zu gewährleisten, werden die

jeweiligen Aufsichtsbehörden für die Krankenkassen in die Lage versetzt, bei fehlenden Abrechnungen angemessene Zwangsmittel anzuwenden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden erhalten die Befugnis, gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen die Einhaltung der Regelungen über die fristgerechte Abgabe von vollständigen und richtigen Monatsabrechnungen bei fortgesetzten Rechtsverstößen mit einem Zwangsgeld von bis zu 50.000 Euro durchzusetzen. Das Zwangsgeld kann mehrfach festgesetzt werden.

Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 1 Nummer 72 0a - neu - (§ 261 SGB V) (Rücklagenbildung bei Krankenkassen)

Nach Artikel 1 Nummer 72 wird folgende Nummer 72 0a eingefügt:

,72 0a. § 261 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Auffüllung der Rücklage“ die Wörter „im Regelfall“ eingefügt.
- b) Satz 2 wird aufgehoben.’

Begründung:

Zur Stärkung der Finanzsituation und Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen wird die Ausnahmegvorschrift des § 261 Absatz 4 Satz 2 im Hinblick auf die Pflicht zur Bildung einer Rücklage gestrichen. Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplans, dass die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, so ist bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage mit einem Betrag in Höhe von mindestens $\frac{1}{4}$ des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen. Dies galt nach der bisherigen Rechtslage nach der Ausnahmegvorschrift des § 261 Absatz 4 Satz 2 jedoch dann nicht, wenn allein wegen der Auffüllung der Rücklage eine Erhöhung des Zusatzbeitrags nach § 242 erforderlich ist. Diese Ausnahme ist in dieser Form sowohl im Hinblick auf die Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen als auch auf die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge nicht mehr sachgerecht und wird gestrichen. Die Krankenkassen sind somit grundsätzlich verpflichtet, die zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit erforderliche Mindestrücklage innerhalb von höchstens vier Jahren aufzufüllen.

Indem die Pflicht zur schrittweisen Auffüllung der Rücklagen in § 261 Absatz 4 Satz 1 um die Formulierung „im Regelfall“ ergänzt wird, wird den Aufsichtsbehörden die Möglichkeit gegeben, die Auffüllungsverpflichtung in engen Ausnahmefällen zeitlich zu strecken, falls die betroffene Krankenkasse zur Auffüllung der Rücklagen einen Zusatzbeitrag in einer Höhe erheben müsste, die sie erheblich im Wettbewerb benachteiligen würde. Die Auffüllungsverpflichtung als solche besteht aber in jedem Fall. Dies bedeutet eine deutliche Verbesserung gegenüber der derzeitigen Situation, in der auf die Verpflichtung zur Rücklagenauffüllung vollständig und schon dann verzichtet wird, wenn dies zur Einführung eines Zusatzbeitrages führt, selbst dann, wenn dieser wettbewerbsfähig ist. Gleichzeitig wird durch die Möglichkeit der Ausnahme mit den Wörtern „im Regelfall“ im Hinblick auf die Höhe des Betrages zur Auffüllung der Rücklage im Haushaltsplan vermieden, dass eine Krankenkasse allein wegen der Auffüllung der Rücklage einen Zusatzbeitrag in einer Höhe erheben muss, die am Markt nicht durchsetzbar ist, und sich so durch das massive Abwandern von Mitgliedern die Finanzsituation der Krankenkasse weiter verschlechtern würde.

Änderungsantrag 21

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 4 Nummer 01 - neu- (§ 25 SGB XI)

(Verlängerung der Familienversicherung)

Vor Artikel 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 01 eingefügt:

„01. In § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „hinaus“ folgende Wörter eingefügt:

„; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten“

Begründung:

Die Regelung stellt in der (sozialen und privaten) Pflegeversicherung - ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung - die Gleichbehandlung aller gesetzlich geregelten Freiwilligendienste im Hinblick auf die Verlängerungstatbestände der Familienversicherung nach § 25 sicher. Damit führen neben der Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht ab dem 1. Juli 2011 auch Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder eines vergleichbaren Freiwilligendienstes (zum Beispiel Internationaler

Jugendfreiwilligendienst, Tätigkeit als Entwicklungshelfer) zur Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus.

Änderungsantrag 22

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 4 Nummer 3 - neu - (§ 60 SGB XI)

(Prüfung Direktzahler für die
Pflegeversicherungsbeiträge)

Dem Artikel 4 wird folgende Nummer 3 angefügt:

„3. § 60 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„In den Fällen des § 252 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches ist das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds, im Übrigen sind die Pflegekassen zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt; § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Begründung:

Mit Einführung des Gesundheitsfonds hat der Gesetzgeber mit der Regelung in § 251 Absatz 5 Satz 2 SGB V dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds die Berechtigung zur Prüfung der Beitragszahlungen der sogenannten Direktzahler übertragen. Das Bundesversicherungsamt wird nunmehr ermächtigt, mit deren Zustimmung eine Krankenkasse oder einen Landesverband die Durchführung der Prüfung wahrnehmen zu lassen. Beides, die Prüfständigkeit und die Ermächtigung, soll nun auch in Ansehung der Pflegeversicherungsbeiträge gelten, da die Beiträge zur Pflegeversicherung in den angesprochenen Fällen gleichzeitig mit den Beiträgen zur Krankenversicherung an den Ausgleichsfonds gezahlt werden. Ebenso wie im Fünften Buch wird auch im Elften Buch durch die Verweisung auf § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 SGB V eine klare datenschutzrechtliche Grundlage für die Beauftragung

von Krankenkassen oder Landesverbänden der Krankenkassen
geschaffen.

Änderungsantrag 23

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 5 Nummer 2a - neu - (§ 51 KVLG 1989) (Rücklagenbildung bei Krankenkassen)

Nach Artikel 5 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. § 51 Absatz 1a Satz 2 wird aufgehoben.“

Begründung:

Folgeänderung zur Änderung des § 261 Absatz 4 SGB V.

Änderungsantrag 24

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 6 Nummer 1a - neu - (§ 17 KHG)

(Entgeltbindung für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ausgründung von Privatkliniken)

Nach Artikel 6 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. § 17 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Einrichtung, die in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem verbunden ist, darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts zu leisten wären.“

Begründung:

Eine Reihe von Krankenhausträgern haben in den letzten Jahren in den allgemeinen Krankenhausbetrieb integrierte oder in räumlicher Nähe des Krankenhauses als Privatkliniken tätige Tochtergesellschaften ausgegründet, in die die Behandlung von Privatpatienten „verlagert“ wird. Diese derartig mit einem Plankrankenhaus verbundenen Einrichtungen unterliegen nach geltendem Recht (Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, Beschluss vom 21. April 2011 – III ZR 114/10) auch dann nicht dem Entgeltrecht für allgemeine Krankenhausleistungen, wenn und soweit diese weitgehend identische Leistungen erbringen wie das Plankrankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags für gesetzlich versicherte Patienten. In den ausgegründeten Einrichtungen werden bei der Behandlung von privat Versicherten für allgemeine

Krankenhausleistungen regelmäßig deutlich höhere Entgelte verlangt als jene, die im Plankrankenhaus verlangt werden dürften. Dies führt im Ergebnis zu einer unzumutbaren Belastung von Privatpatienten als Beitragszahler und von privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie Beihilfekostenträgern. Generell erstreckt sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses auch auf die Krankenhausbehandlung von Privatpatienten. Um vor diesem Hintergrund die missbräuchliche Ausgründung von Privatkliniken zur Erzielung von Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen zu vermeiden, die entsprechende Entgelte nach dem Krankenhausentgeltrecht bei Behandlung im Plankrankenhaus überschreiten, bedarf es der gesetzlichen Verankerung einer entsprechenden Entgeltbindung für solche ausgegründeten Einrichtungen, die in unmittelbarer räumlicher Nähe zu dem Plankrankenhaus liegen. Diese unmittelbare räumliche Nähe einer Einrichtung zum Plankrankenhaus ist regelmäßig dann gegeben, wenn die Einrichtung z.B. auf dem gleichen Gelände oder in unmittelbarer geographischer Nähe zum Plankrankenhaus (z.B. „Nachbarschaftsgelände“) angesiedelt ist. Die Verbindung zwischen Einrichtung und Plankrankenhaus liegt dann vor, wenn diese auf rechtlichen Grundlagen z.B. über eine gemeinsame Trägerschaft anzunehmen ist.

Die Maßnahme verhindert, dass Krankenhausträger von nicht GKV-Versicherten, die in mit einem Plankrankenhaus verbundenen Einrichtungen in räumlicher Nähe dieses Krankenhauses behandelt werden, für allgemeine Krankenhausleistungen höhere Entgelte verlangen können als für gesetzlich Krankenversicherte, die im Plankrankenhaus behandelt werden. Sie stellt auf diese Weise sicher, dass PKV-Unternehmen und deren Versicherte als Beitragszahler nicht unzumutbar für allgemeine Krankenhausleistungen, die sich von den Leistungen für die übrigen Krankenhauspatienten nicht unterscheiden, mit höheren Entgelten belastet werden.

Die Regelung berücksichtigt damit auch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juni 2009 (Az.- 1 BvR 706/08 u.a. -), in der das Gericht anerkannt hat, dass aufgrund der Einführung der Versicherungspflicht sowie mit dem für den Basistarif geltenden Kontrahierungszwang auch in der privaten Krankenversicherung eine

Verantwortlichkeit des Gesetzgebers dafür besteht, dass die privaten Krankenversicherer beziehungsweise die dort Versicherten nicht in unzumutbarer Weise belastet werden. Gesetzliche und private Krankenversicherung sollen vielmehr als jeweils eigene Säule für die ihnen zugewiesenen Personenkreise einen dauerhaften und ausreichenden Versicherungsschutz gegen das Risiko der Krankheit auch in sozialen Bedarfssituationen sicherstellen. Dies ist insbesondere auch durch die Einkommensstruktur der Privatversicherten mit vielen Beziehern kleinerer und mittlerer Einkommen vor allem unter Selbständigen, Beihilfeberechtigten und Rentnern begründet. In allen von der gesetzlichen Versicherungspflicht umfassten Versicherungsverhältnissen besteht die staatliche Gewährleistungsverantwortung für eine zweckmäßige und kostengünstige Gesundheitsversorgung. Hierzu gehört auch, dass alle Versicherten - unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zur privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung - zu sozial tragbaren Pflegesätzen Zugang zu allgemeinen Krankenhausleistungen haben. Zudem entspricht es sozialstaatlichen Erwägungen, dass privat versicherte Personen, die gesetzlich zu einer Absicherung im Krankheitsfall verpflichtet sind, für allgemeine Krankenhausleistungen nicht mit höheren Kosten belastet werden als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig wird mit der Regelung vermieden, dass Krankenhausträger die in der GKV geltenden kostenbegrenzenden Regelungen durch höhere Preise für Selbstzahler, also im Wesentlichen für privat Versicherte und Beihilfeberechtigte, kompensieren.

Kostenträgern (im Wesentlichen PKV und Beihilfe) und Privatpatienten als Beitragszahler stehen keine angemessenen alternativen Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung, um überhöhten Preisforderungen durch Krankenhausträger zu entgehen, die die oben genannten Ausgründungen betreiben. Ein Verbot der Gründung von Privatkliniken ist mit der Regelung andererseits nicht verbunden. Krankenhausträger können vielmehr weiterhin entsprechende Ausgründungen betreiben, dürfen aber dort jedenfalls in räumlicher Nähe zum von ihnen getragenen Plankrankenhaus keine höheren als die nach Krankenhausentgeltrecht zulässigen Entgelte verlangen. Die Preise für Wahlleistungen bleiben von der Regelung unberührt.

Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

BT - Drs. – 17/6906

Zu Artikel 11b - neu -

(Großhandelszuschlag)

Nach Artikel 11a - neu - wird folgender Artikel 11b eingefügt:

„Artikel 11b

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Dem § 78 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Juli 2011 (BGBl. I S. 1398) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Die Preisvorschriften für den Großhandel aufgrund von Satz 1 Nummer 1 gelten auch für pharmazeutische Unternehmer oder andere natürliche oder juristische Personen, die eine Tätigkeit nach § 4 Absatz 22 ausüben bei der Abgabe an Apotheken, die die Arzneimittel zur Abgabe an den Verbraucher beziehen.“

Begründung:

Es wird klargestellt, dass die Großhandelszuschläge nach der Arzneimittelpreisverordnung einschließlich der Vorschriften zu den Möglichkeiten der Gewährung von Rabatten an Apotheken auch im Direktvertrieb von pharmazeutischen Unternehmern an Apotheken oder durch andere natürliche oder juristische Personen gelten.

Die Vorschriften zur Höhe der Großhandelszuschläge und zum Rabattverbot gelten für den Großhandel mit Arzneimitteln (§ 78 Absatz 1 Arzneimittelgesetz - AMG - in Verbindung mit § 2 der

Arzneimittelpreisverordnung). Nach § 4 Absatz 22 AMG ist Großhandel mit Arzneimitteln „jede berufs- und gewerbsmäßige zum Zwecke des Handeltreibens ausgeübte Tätigkeit, die in der Beschaffung, der Lagerung, der Abgabe oder Ausfuhr von Arzneimitteln besteht“. Für jede Tätigkeit des Großhandels im Sinne dieser Begriffsbestimmung gilt dementsprechend die Preisbindung nach § 2 Arzneimittelpreisverordnung in Verbindung mit § 78 Absatz 1 AMG. Der Großhandelsbegriff des AMG stellt auf die Wahrnehmung der Großhandelsfunktion ab, die grundsätzlich auch von pharmazeutischen Unternehmern wahrgenommen werden kann. Daher gilt der Großhandelszuschlag nach § 2 der Arzneimittelpreisverordnung für alle Unternehmen, die Großhandelsfunktionen ausüben, damit beispielsweise auch für pharmazeutische Unternehmer im Direktvertrieb oder für Apotheken, die entsprechende wirtschaftliche Betätigungen wahrnehmen. Das Gewähren von Rabatten auf den fixen Großhandelszuschlag ist in den oben genannten Konstellationen demnach unzulässig. Dies wird mit der vorliegenden Regelung klargestellt.

Bei Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels an eine Apotheke mit Großhandelserlaubnis kommt es dementsprechend darauf an, ob die Apotheke ihrerseits diese Arzneimittel in Ausübung der Großhandelsfunktion tatsächlich an Dritte abgibt. Apotheken, die Arzneimittel zur Abgabe an den Verbraucher erhalten, üben die Großhandelsfunktion nicht aus, so dass die Gewährung von Rabatten auf den fixen Großhandelszuschlag von 70 Cent je Packung unzulässig ist.

Nach § 2 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung gilt der Großhandelszuschlag bei der Abgabe von Arzneimitteln durch Großhändler an Apotheken und damit nicht für den Zwischenverkauf zwischen Großhändlern auf gleicher Handelsstufe.