

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

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



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum  
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung  
krankenversicherungsrechtlicher und anderer  
Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz – GKV-ÄG)

Berlin, 12.05.2010

**Inhalt:**

	<u>Seite</u>
<b>0. Vorbemerkung</b>	2
<b>1. Stellungnahme zum Gesetzentwurf BT-Drs. 17/1297</b>	
– Artikel 1 Nr. 1 (§ 171b – Insolvenz von Krankenkassen)	5
– Artikel 1 Nr. 3 (§ 217b – Organe des GKV-Spitzenverbandes) und Nr. 4 (§ 217c – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung)	7
– Artikel 2 Nr. 1 (§ 44 Abs. 4 Satz 1)	8
– Artikel 3 (§ 6 Absatz 4)	10
<b>2. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Regierungskoalition, Ausschussdrucksache 17(14)0034</b>	
– Änderungsantrag 1 (Herstellerabschlag)	12
– Änderungsantrag 2 (eGK; Schiedsstellen)	13
– Änderungsantrag 3 (eGK; Kosten des BSI)	14
– Änderungsantrag 4 (Übergangsregelung)	15
<b>3. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der SPD-Bundestagsfraktion, Ausschussdrucksachen 17(14)0034(2.1 – 2.4)</b>	
– Änderungsantrag Zu Artikel 1 Nummer 01 – neu	17
– Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu – (Abrechnung ärztlicher Leistungen) / Zu Artikel 13 („Änderung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“) / Zu Artikel 14 („Inkrafttreten“)	18
<b>4. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Bundestagsfraktion DIE LINKE, Ausschussdrucksachen 17/1206 und 7(14)0034(3)</b>	
– Antrag „Faire Preise ...“ BT-Drs. 17/1206	19
– Änderungsantrag Zu Artikel 1 (Herstellerabschlag)	20
<b>5. Ergänzender Änderungsvorschlag des vdek</b>	
– Zuzahlungseinzug nach § 43b Abs. 3 SGB V	21

**Vorbemerkung:**

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird im laufenden Jahr voraussichtlich mit einem Defizit von 3,1 Milliarden Euro abschließen. Für 2011 werden sogar 11 Milliarden Euro erwartet. Dies unterstreicht den dringenden Handlungsbedarf in der Krankenversicherung. Die Ersatzkassen begrüßen, dass die Bundesregierung kurzfristig Maßnahmen ergreift, um dem ungebremsten Kostenauftrieb im Arzneimittelbereich entgegenzuwirken. Diesen Schritten müssen weitere folgen; nicht nur im Arzneimittelbereich. Erforderlich sind kostenbegrenzende Maßnahmen insbesondere bei der ärztlichen Versorgung und bei den Krankenhäusern. Sollten diese beiden Hauptausgabenbereiche nicht in geeigneter Form an die zur Verfügung stehenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung angebinden werden, verpuffen die an anderer Stelle vorgenommenen Kostenbegrenzungsbemühungen. Wie wichtig Kostendämpfungsmaßnahmen sind, zeigt die im vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz – GKV-ÄG) enthaltene Klarstellung zur Bundespflegegesetzverordnung. Hier wird aus einem richtigen Motiv heraus – die Sicherstellung einer guten pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern – ein falscher Weg beschritten, der die Versorgung unnötig verteuert und wichtige Konsolidierungsziele in Frage stellt. Über das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) sollten Krankenhäuser zusätzliche Budgetmittel für die Aufstockung des Pflegepersonals erhalten. Nicht alle Krankenhäuser haben diese zusätzlichen Mittel tatsächlich zur Personalverstärkung verwendet. Die im vorliegenden Entwurf enthaltene Klarstellung zwingt die Krankenkassen nun, nochmals Finanzmittel für den gleichen Zweck aufzuwenden. Diese „Doppelfinanzierung“ lehnen die Ersatzkassen ab.

Die Ersatzkassen begrüßen ausdrücklich das Engagement der Bundesregierung zur Neuausrichtung der Telematik. Im Sinne einer reibungslosen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, ist die verpflichtende Online-Anbindung der Leistungserbringern von entscheidender Bedeutung. Hier ist die Bundesregierung noch in der Pflicht, einen entsprechenden Gesetzesvorschlag zu unterbreiten. Ohne diese Verpflichtung zur Online-Anbindung können die mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verbundenen Effizienzziele nicht erreicht werden. Die gematik-Gesellschafter-versammlung hat im April 2010 die Bestandsaufnahme zum Aufbau der Telematikinfrastruktur für das

Gesundheitswesen und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zum Abschluss gebracht und klare Zuständigkeiten vereinbart. So werden die Leistungserbringer die Verantwortung für die medizinischen Anwendungen und die Kostenträger die Verantwortung für die administrativen Anwendungen übernehmen. Schon heute bietet das Gesetz die Möglichkeit, dass im Falle der Nichteinigung zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer die beteiligten Parteien die Schiedsstelle anrufen können. Das BMG hat die Möglichkeit der Ersatzvornahme. Zukünftig soll auch das BMG die Möglichkeit erhalten, die Schiedsstelle anzurufen. Diese Regelung würde die klare Trennung zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht unsachgemäß durchbrechen und wird von den Ersatzkassen abgelehnt.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält außerdem Vorschläge, die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes an die Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Ersatzkassen anzupassen. Historisch begründet wurden die Verwaltungsräte der Ersatzkassen ausschließlich durch Versichertenvertreter gebildet und werden es im Wesentlichen auch noch heute. Durch kassenartenübergreifende Fusionen hat sich dieses Bild verändert. Derzeit werden die Verwaltungsräte von drei Ersatzkassen sowohl durch Vertreter der Versicherten als auch durch Vertreter der Arbeitgeber zusammengesetzt. Für die Ersatzkassen sollen daher in Zukunft Arbeitgebervertreter anteilig auch im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes berücksichtigt werden. Dieser Vorschlag wird von den Ersatzkassen als eine sachgerechte Lösung bewertet und ausdrücklich begrüßt.

Ebenfalls als positiv bewerten die Ersatzkassen den Vorschlag, die Details der Ausgestaltung dieser Regelung in die Verantwortung der ehrenamtlichen Selbstverwaltung zu verlagern und in Zukunft in der Satzung des Spitzenverbandes zu regeln. Unter anderem soll die Satzung des GKV-Spitzenverbandes zukünftig vorsehen können, dass die Sitzverteilung während einer Sozialwahlperiode angepasst wird. Dadurch wird die Selbstverwaltung in die Lage versetzt, in Zukunft kurzfristig auf Veränderungen der Zusammensetzung der Verwaltungsräte der Ersatzkassen reagieren zu können.

Der GKV-Spitzenverband hat in Abstimmung mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene eine ausführliche Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf abgegeben. Diese wird von den Ersatzkassen

mitgetragen. Abweichende Haltungen sind in dieser Stellungnahme kenntlich gemacht worden. Die ergänzende Stellungnahme des vdek greift darüber hinaus einzelne Punkte des laufenden Gesetzesverfahrens auf, denen nach Meinung der Ersatzkassen ein besonderes Gewicht in der gesundheitspolitischen Diskussion zukommt. Daneben wird zu den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen und der Opposition Stellung genommen. Zu einem gegenwärtig drängenden Problem im Zusammenhang mit dem Einzug der Zuzahlungen im Krankenhausbereich ist ein eigener Änderungsvorschlag gemacht worden.

## **1. Stellungnahme zum Gesetzentwurf BT-Drs. 17/1297**

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

Krankenkassen müssen die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Vereinbarungen über die Altersteilzeitarbeit spätestens ab dem 1. Januar 2015 vollständig gegen das Risiko der Insolvenz absichern. Die 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.

#### **Stellungnahme vdek**

Die mehrjährige Frist zum Aufbau der Insolvenzsicherung dient der Reduzierung des Insolvenzrisikos der betroffenen Krankenkassen und wird begrüßt. Allerdings entstehen durch die zeitlich befristete Haftung des GKV-Spitzenverbandes für die übrigen Krankenkassen finanzielle Risiken. Die Ersatzkassen verweisen an dieser Stelle auf die ausführliche Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Abweichend vom GKV-Spitzenverband halten wir den Zeitraum, in dem das gesamte GKV-System für nicht insolvenzgesicherte Wertguthaben haftet, aber für zu lang bemessen und schlagen vor, diesen Zeitraum um ein Jahr zu kürzen und auf max. drei Jahre zu begrenzen.

Die Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (SVRV) ist um eine Regelung zu erweitern, dass Krankenversicherungsträger neben Rückstellungen zur Altersversorgung auch Rückstellungen für Altersteilzeitverpflichtungen und für Verpflichtungen aus Wertguthabenvereinbarungen nach § 7b SGB IV („Lebensarbeitszeitkonten“) bilden können. Ohne diese Erweiterung dürfen Krankenversicherungsträger keine Rückstellungen für diese Zwecke bilden.

## **Änderungsvorschlag vdek**

### Artikel 1 Nr. 1

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

„(7) Für die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen sind die Verpflichtungen nach § 8a des Altersteilzeitgesetzes vollständig spätestens ab dem 31. Dezember 2013 zu erfüllen.“

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. 3 (§ 217b – Organe des GKV-Spitzenverbandes ) und Nr. 4 (§ 217c – Wahl des Verwaltungsrates und des Vorsitzenden der Mitgliederversammlung)**

Es wird klargestellt, dass allein die Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Vertretern der Arbeitgeber besetzt ist, jeweils zwei Versichertenvertreter aus ihrem Verwaltungsrat in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes entsenden. Derzeit sind die Ersatzkassen ausschließlich mit Versichertenvertretern vertreten. Künftig soll im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes berücksichtigt werden, dass infolge kassenartenübergreifender Fusionen einige Verwaltungsräte von Ersatzkassen 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 dieses 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.

### **Stellungnahme vdek**

Die durch den Gesetzentwurf vorgeschlagenen Neuregelungen des § 217 c SGB V sind sachgerecht und werden ausdrücklich begrüßt. Sie bestätigen die historisch gewachsenen Verhältnisse in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen und berücksichtigen diese angemessen bei der künftigen Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes.

### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

Die Ersatzkassen verweisen auf die redaktionellen Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes.



## **Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

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

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 SGB IV 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.

### **Stellungnahme vdek**

Die Neuregelung erhöht den Gestaltungsspielraum der einzelnen Krankenkassen und wird begrüßt. Allerdings regelt der Gesetzentwurf bislang nicht, ob ein Beschluss über eine abweichende Zusammensetzung auch noch während eines laufenden Wahlverfahrens gefasst werden kann. Die Frage stellt sich konkret in Bezug auf die 11. Sozialversicherungswahlen. Diese sind mit der Wahlauschreibung des Bundeswahlbeauftragten vom 1. April 2010 und den Mitteilungen nach § 14 Abs. 3 SVWO der Wahlausschüsse der Versicherungsträger bereits eingeleitet. Der Termin für das Inkrafttreten lässt zwar auf einen entsprechenden Willen des Gesetzgebers schließen. Eine ausdrückliche Klarstellung wäre aber vorzuziehen. Außerdem sollte klargestellt werden, dass eine abweichende Zusammensetzung des Verwaltungsrates im Falle der Vereinigung von Krankenkassen sofort wirksam werden kann. Ein Aufschieben bis zum Beginn der nächsten Legislaturperiode wäre hier kontraproduktiv und würde einen erst noch zu wählenden Verwaltungsrat präjudizieren.

### **Änderungsvorschlag vdek**

§ 44 Absatz 4 SGB IV wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen nach § 35a können die Zusammensetzung des Verwaltungsrates in ihrer Satzung mit einer Mehrheit von mehr als drei Viertel der stimmberechtigten Mitglieder von der folgenden Wahlperiode an abweichend von den Absätzen 1 und 2 regeln. Der Verwaltungsrat muss mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen. Vereinigen sich Krankenkassen mit unterschiedlicher Zusammensetzung des Verwaltungsrates, können sie die Zusammensetzung des Verwaltungsrates in ihrer Satzung mit einer Mehrheit von mehr als drei Viertel der stimmberechtigten Mitglieder abweichend von den Absätzen 1 und 2 regeln. Satz 2 gilt auch in diesem Fall.

Eine abweichende Regelung nach Satz 1 ist auch noch während der allgemeinen Wahlen möglich; der zuständige Wahlbeauftragte ordnet die Anpassung an die besonderen Verhältnisse auf der Grundlage von §§ 2 Absatz 3 Satz 3, 93 Absatz 2 der Wahlordnung für die Sozialversicherung ggf. durch Verkürzung von Fristen oder die Festlegung eines abweichenden Wahltags an.

Begründung:

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die abweichende Zusammensetzung des Verwaltungsrates im Falle der Vereinigung von Krankenkassen sofort und nicht erst mit Beginn der nächsten Legislaturperiode wirksam wird. Anderenfalls käme ggf. vorübergehend wieder die Grundregel des § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV zum Tragen, wonach sich die Selbstverwaltungsorgane je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammensetzen.“

„Der neue Satz 4 beinhaltet eine Klarstellung. Bislang wird in der Kommentarliteratur die Auffassung vertreten, dass eine Änderung der Zusammensetzung vor der Wahlausschreibung durch den Wahlausschuss der betroffenen Krankenkasse zustande gekommen sein muss (vgl. Baier, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Rz. 28 zu § 44 SGB IV).

### **Artikel 3 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) (§ 6 Absatz 4)**

Gemäß § 6 Absatz 4 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) können Krankenhäuser, die zum Stichtag 31. Dezember 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.

#### **Stellungnahme vdek**

In vielen Krankenhäusern wurde die Umsetzung der Psych-PV bereits vor dem Stichtag zu mindestens 90 Prozent vereinbart und finanziert, jedoch nicht durch alle Krankenhäuser umgesetzt. Die Krankenhäuser, die die zusätzlichen Budgetmittel nicht oder nur in Teilen zur Personalaufstockung verwendet haben, würden durch die Neuregelung nochmals zusätzliche Finanzmittel für eben den gleichen Zweck erhalten. Im Einklang mit dem GKV-Spitzenverband lehnen die Ersatzkassen diese „Doppelfinanzierung“ ab.

Darüber hinaus ist eine klare gesetzliche Regelung erforderlich, die gewährleistet, dass die Krankenhäuser die Finanzmittel zweckentsprechend verwenden und anderenfalls erstatten müssen. Die Erfahrungen aus den Rechtsstreitigkeiten zu diesem Bereich haben gezeigt, dass eine solche Regelung unbedingt auch Prüf- und Nachweispflichten enthalten muss.

#### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

§ 6 Abs. 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 Abs. 4 Satz 4 wird zu Satz 5.

§ 6 Abs. 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 Realisierung des in der Budgetvereinbarung festgesetzten Umsetzungsgrades der Psych-PV vor. Diese beinhaltet auch die umgerechnete Anzahl der Vollzeitkräfte der jeweiligen Dienstarten zum 31. Dezember des Budgetjahres, unterteilt nach den Berufsgruppen gemäß § 5 Abs. 1 Psych-PV. Eine zusätzliche Finanzierung bereits besetzter Stellen ist ausgeschlossen.“

§ 6 Abs. 4 Satz 4 wird zu Satz 10

## ***2. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Regierungskoalition, Ausschussdrucksache 17(14)0034***

### **Änderungsantrag 1**

#### **Zu Artikel 1 Nummer 01 – neu – (Herstellerabschlag)**

Der Herstellerabschlag wird ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 für alle verschreibungspflichtigen, nicht festbetragsgebundenen Arzneimittel, die zu Lasten der GKV abgegeben werden, von 6 auf 16 Prozent erhöht. Ausgenommen sind Generika, für die weiterhin der sogenannte Generikaabschlag von 10 Prozent nach § 130a Abs. 3bb SGB V anfällt. Gleichzeitig wird ein Preismoratorium verhängt. Damit der erhöhte Herstellerabschlag nicht durch Preiserhöhungen umgangen wird, werden Preiserhöhungen über den für das Moratorium stichtagsbezogenen Referenzpreis abgeschöpft. Damit soll auch eine Umgehung durch Änderungen der Packungsgröße oder der Wirkstärke verhindert werden.

#### **Stellungnahme vdek**

Die Ersatzkassen begrüßen die Regelungen als Beitrag der Pharmaindustrie zur Einsparung von Kosten im Arzneimittelbereich. Seit 1998 haben sich die Kosten für Arzneimittel in der GKV von 17,7 Milliarden Euro beinahe auf 32,4 Milliarden Euro im Jahr 2009 verdoppelt. Die durchschnittliche Kostensteigerung pro Jahr betrug in dieser Periode ca. sechs Prozent. Dabei ist die Zahl der Verordnungen in etwa konstant geblieben. Richtigerweise enthält der Vorschlag auch den Versuch zu verhindern, dass durch „Neueinführung“ mittels anderer Wirkstärken-/Packungsgrößenkombinationen bzw. Darreichungsformen das Preismoratorium umgangen wird.

Für besonders preisgünstige Generika sind aber Belastungshärten durch die Erhöhung des Herstellerabschlags zu vermeiden.

#### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

Die Ersatzkassen verweisen auf den ausführlichen Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes, der daneben auch präzisierende Hinweise zur ungehinderten Umsetzung des Preismoratoriums enthält.

## **Änderungsantrag 2**

### **Zu Artikel 1 (elektronische Gesundheitskarte; Schiedsstellen)**

Gegenwärtig haben sich die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer mit dem GKV-Spitzenverband darüber zu verständigen, wie die Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer zur Einführung und Nutzung der eG-Karte refinanziert werden. Bei Nichteinigung kann eine der Vertragsparteien die Schiedsstelle anrufen. Mit der hier beabsichtigten Neuregelung soll dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Möglichkeit eingeräumt werden, ebenfalls die Schiedsstelle anzurufen.

### **Stellungnahme vdek**

Die Regelung soll ermöglichen, dass die Schiedsstelle auch dann tätig werden kann, wenn die Vertragspartner selbst sie nicht anrufen. Nach Meinung der Ersatzkassen stellt dies einen weitreichenden Eingriff in die Selbstverwaltung dar. Dies lehnen die Ersatzkassen ab.

Daneben hat das BMG bereits heute aufgrund seiner Aufsichtsfunktion und der Kompetenz, Ersatzvornahmen vorzunehmen, hinreichende Möglichkeiten, gestalterisch einzugreifen. Für eine Neuregelung wie beschrieben, fehlt deshalb die sachliche Notwendigkeit. Die Ersatzkassen empfehlen im Einklang mit dem GKV-Spitzenverband, auf diesen Vorschlag zu verzichten.

### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

Auf den Änderungsantrag sollte verzichtet werden.

### **Änderungsantrag 3**

#### **Zu Artikel 1 (Elektronische Gesundheitskarte; Kosten des BSI)**

Der Änderungsantrag 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.

#### **Stellungnahme vdek**

Die Sicherheit der Telematikinfrastruktur liegt im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Die wichtige Rolle, die das BSI im Zusammenhang mit dem Projekt Telematik durch die Beratung der Beteiligten, durch die Entwicklung von Richtlinien, Schutzprofilen u. a. m. übernimmt, unterstreicht dies und wird von den Ersatzkassen begrüßt. Die Behörde wird über Steuermittel finanziert, was auch dem gesamtgesellschaftlichen Interesse im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur entspricht. Die Finanzierung dieser Aufgabe allein dem begrenzten Kreis der beitragszahlenden Mitglieder in der GKV zu überlassen, erscheint vor diesem Hintergrund unangebracht. Diese Haltung teilen wir mit dem GKV-Spitzenverband.

#### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

Auf den Änderungsantrag sollte verzichtet werden.

#### **Änderungsantrag 4**

**(in Verbindung mit Änderungsanträgen 11 und 12)**

**Zu Artikel 1 Nummer 8 – neu – (Übergangsregelung)**

**(Verlängerung der Übergangsregelungen für die Einbeziehung privater Rechenzentren)**

Mit Artikel 13 dieses Gesetzentwurfs sollten die mit der 15. AMG-Novelle geschaffenen befristeten Regelungen zur Einbeziehung anderer Stellen (z. B. private Verrechnungsstellen, private Rechenzentren) für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Absatz 6 – neu –) sowie der Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73b, § 73c und § 140a SGB V (§ 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 – neu –) verlängert werden. Dazu sollte das Inkrafttreten der in Artikel 15a des o. g. Gesetzes geregelten Aufhebung dieser Vorschriften vom 1. Juli 2010 auf den 1. Juli 2011 verschoben werden. Eine Verschiebung des Inkrafttretens ist jedoch zeitgerecht vor dem 1. Juli 2010 in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht mehr zu erreichen, da die Verkündung dieses Gesetzes voraussichtlich erst nach dem 1. Juli 2010 erfolgen kann. In der Folge würden die Regelungen zur Einbeziehung privater Rechenzentren oder privater Verrechnung zum 1. Juli 2010 aufgehoben. Um sicherzustellen, dass sie über den 1. Juli 2010 hinaus weiter anwendbar bleiben, wird eine Übergangsregelung zur Weitergeltung dieser Regelungen bis zum 1. Juli 2011 eingefügt.

#### **Stellungnahme vdek**

Die Regelungen dienen 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. Die Ersatzkassen lehnen weiterhin den hierdurch gegebenen Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol der Hausarztverbände entschieden ab, weil sie den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs massiv widersprechen. Die Ersatzkassen verknüpfen mit der Befristung allein die Hoffnung, dass die problematische und auf breiter Front umstrittene Regelung des § 73b SGB V bereits Mitte 2011 überprüft wird. Daneben ist die bereits im Anhörungsverfahren zur 15. AMG-Novelle vorgebrachte grundsätzliche Kritik zu erneuern, dass die Regelung für Psychiatrische Institutsambulanzen sowie Krankenhäuser, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen, unplausibel ist.



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 (§ 117 SGB V Hochschulambulanzen, § 119 SGB V SPZ und der Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V) in den § 301 SGB V verlagert werden. Hierdurch würde eine einheitliche Verfahrensweise zur Datenübermittlung von ambulanten Krankenhausleistungen sichergestellt. Allerdings muss insbesondere hinsichtlich § 116 b SGB V auch sichergestellt werden, dass die bisher in § 295 Abs. 1 SGB V festgelegten Inhalte der Datenübermittlung weiterhin durch die Krankenhäuser zu übermitteln sind.

### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

In Übereinstimmung mit dem GKV-Spitzenverband schlagen wir vor:

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

„psychiatrische Institutsambulanzen sowie Krankenhäuser, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten Behandlung teilnehmen“ und „bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens“. Als Folgeänderung wird in Satz 2 „mit Ausnahme der Datenübermittlung der psychiatrischen Institutsambulanzen“ ebenfalls gestrichen.

§ 295 Abs. 1 b 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 sonstigen 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“.

### ***3. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der SPD- Bundestagsfraktion, Ausschussdrucksachen 17(14)0034(2.1 – 2.4)***

#### **Änderungsantrag**

#### **Zu Artikel 1 Nummer 01 – neu (Herstellerabschlag)**

Importierte Arzneimittel sollen von der Erhöhung des Herstellerabschlags von 6 auf 16 Prozent ausgenommen werden.

#### **Stellungnahme vdek**

Diese Regelung ist nach Meinung der Ersatzkassen so nicht sinnvoll. Aufgrund der in § 129 SGB V verankerten gesetzlichen Kriterien zur Definition, was ein kostengünstiges Importarzneimittel ist (15 Euro oder 15 Prozent preiswerter als das entsprechende Original), kommt es in der Praxis regelmäßig dazu, dass hochpreisige Importe genau 15 Euro unter dem Referenzpreis angesiedelt werden. Eine Ausnahmeregelung für Importarzneimittel macht nur dann Sinn, wenn die Importeure zu einem größeren Preisabstand gezwungen werden, um als kostengünstig eingestuft zu werden, zum Beispiel dadurch, dass alle Importarzneimittel mit einem Verkaufspreis von 100 Euro und mehr ausschließlich als kostengünstig eingestuft werden dürfen, wenn der Preisabstand mindestens 15 Prozent beträgt. Auch hier sehen wir uns in Übereinstimmung mit dem GKV-Spitzenverband.

#### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

Der Änderungsantrag sollte keine Berücksichtigung finden.

## **Änderungsanträge**

**Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu – (Abrechnung ärztlicher Leistungen)**

**Zu Artikel 13 („Änderung des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“)**

**Zu Artikel 14 („Inkrafttreten“)**

Die drei Änderungsanträge stellen darauf ab, die gegenwärtig befristete Regelung zur Einbeziehung privater Rechenzentren und Abrechnungsstellen für die Übermittlung und Aufbereitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten in Zusammenhang mit Selektivverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V in eine dauerhafte, den Datenschutz hinreichend berücksichtigende, Lösung zu überführen.

## **Stellungnahme vdek**

Die Förderung selektiver Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen erfordert ggf. auch den Abbau von Hemmnissen, die in den Bestimmungen des Sozialdatenschutzes begründet sein können. Dabei gilt es aber, die hohen Anforderungen an einen notwendigen Sozialdatenschutz sicherzustellen.

Nach wie vor lehnen die Ersatzkassen die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen gemäß § 73b SGB V ab. Mit der Schaffung einer dauerhaften Basis für die Abrechnung u. a. der Verträge nach § 73b SGB V würde die Erhaltung des umstrittenen Vertragsmonopols der Hausärzteverbände unterstützt und die Chancen für ein mehr wettbewerblich orientiertes Versorgungs- und Vertragsgeschehens geschmälert. Vor diesem Grund wird der Vorschlag kritisch gesehen.

## **Änderungsvorschlag vdek**

Der Änderungsantrag sollte keine Berücksichtigung finden.

#### ***4. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Bundestagsfraktion DIE LINKE, Ausschussdrucksachen 17/1206 und 17(14)0034(3)***

##### **Stellungnahme zum Antrag „Faire Preise für wirksame und sichere Arzneimittel – Einfluss der Pharmaindustrie begrenzen“ BT-Drs. 17/1206**

Der Antrag enthält weitgehend Positionen, die sich in ähnlicher Form auch in den Eckpunkten der Regierungskoalition wieder finden, die in einem eigenen Gesetzgebungsverfahren mit voraussichtlichen Inkrafttretenstermin 1. Januar 2011 geregelt werden sollen.

##### **Stellungnahme vdek**

Im laufenden Gesetzesverfahren zum GKV-Änderungsgesetz – GKV-ÄG werden Tatbestände geregelt, die bereits im laufenden Jahr 2010 ihre Wirkung entfalten sollen. Die Vorschläge der Bundestagsfraktion DIE LINKE sind nicht kurzfristig ausgerichtet und werden ggf. seitens des vdek im Rahmen einer Anhörung zum Arzneimittel-Sparpaket zu prüfen sein. Von einer Stellungnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird abgesehen.

##### **Änderungsvorschlag vdek**

Keine Stellungnahme, kein Änderungsvorschlag.

## **Änderungsantrag Ausschussdrucksache 17(14)0034(3) Zu Artikel 1 (Herstellerabschlag)**

In Artikel 1 wird vor Nummer 1 eine Nummer 01 eingefügt (01. § 130a Abs. 3b)

Der Änderungsantrag stellt darauf ab, dass auch für nach §§35 bzw. 35a festbetragsgebundene Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen der Herstellerabschlag von 10 Prozent („Generikaabschlag“) gilt. Damit sollen auch Analogpräparate („Me-too-Präparate“) in den Herstellerrabatt nach § 130a SGB V einbezogen werden.

### **Stellungnahme vdek**

Der Herstellerabschlag nach § 130 a Abs. 3b SGB V gilt derzeit nur für patentfreie Arzneimittel und nicht für festbetragsgebundene Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen. Allerdings sind zwei Fallgestaltungen zu unterscheiden. Wir verweisen hier auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Dieser differenziert richtigerweise nach sog. „Jumbogruppen“ (Gruppen von patentfreien Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen nach § 35 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V) und Gruppen von Arzneimitteln mit ausschließlich patentgeschützten Wirkstoffen nach § 35 Abs. 1a SGB V.

Die vorgeschlagene Abschlagsregelung sollte sich nur auf die festbetragsgebundenen patentgeschützten Analogpräparate erstrecken, da hier entsprechende Preisspielräume vorhanden sind. Bei der ersten Gruppe wäre dies unverhältnismäßig.

### **Änderungsvorschlag vdek / GKV-SV**

Dem Änderungsantrag sollte in dem Sinne entsprochen werden, als dass die Abschlagsregelung auf die festbetragsgebundenen patentgeschützten Analogpräparate nach § 35 Abs. 1a SGB V bezogen wird.

## ***5. Ergänzender Änderungsvorschlag des vdek***

### **Zuzahlungseinzug nach § 43b Abs. 3 SGB V**

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes zum 25. März 2009 wurde § 43b SGB V um einen Absatz 3 ergänzt. Durch diese Neureglung wurde das Verwaltungsverfahren und die Einziehung der Zuzahlungsbeträge auf die Krankenhäuser übertragen. Anders als bisher werden die Zuzahlungen somit nicht mehr von den Krankenkassen selbst, sondern im Wege einer Beleihung von den Krankenhäusern eingezogen.

Die Verlagerung des Zuzahlungseinzugs hat sich sowohl für die Krankenhausseite als auch für die Krankenkassen als uneffizient und unpraktikabel herausgestellt, so dass die Selbstverwaltungspartner aus Wirtschaftlichkeits- und Kostengründen eine Bundesvereinbarung geschlossen haben, die es den Krankenkassen ermöglicht, die Vollstreckung weiterhin selbst durchzuführen. Aufgrund dieser Vereinbarung haben die meisten Krankenkassen in vielen Bundesländern entsprechende Vereinbarungen auf Landesebene geschlossen.

Da nicht alle bestehenden Krankenkassenarten über eigene Vollstreckungsbeamte verfügen, um die Zwangsvollstreckung selbst durchzuführen, vollstrecken fast alle Kassenarten über die Hauptzollämter. Infolge divergierender Rechtsauffassungen zum neuen § 43b Abs. 3 SGB V sind bei den Krankenkassen erhebliche Vollstreckungsprobleme aufgetreten, da eine Vielzahl der Zollämter die Durchführung einer Vollstreckung verweigern. Hier wird sowohl die Zuständigkeit für die Krankenkassen als auch für die Krankenhäuser negiert. Aber auch eine flächendeckende Vollstreckung durch die Gerichtsvollzieher ist nicht gewährleistet. So vertreten einige Gerichtsvollzieher die Ansicht, dass die Krankenhäuser lediglich zum Verwaltungsverfahren, nicht jedoch zum Vollstreckungsverfahren beliehen sind. Dies hat zur Konsequenz, dass das vom Gesetzgeber neu geregelte Zuzahlungsverfahren im Falle einer Vollstreckung weder von den Krankenhäusern noch von den Kassen umgesetzt werden kann.

### **Stellungnahme vdek**

Die Neureglung des Zuzahlungseinzugs sollte zu einem Bürokratieabbau und zu einer finanziellen Besserstellung der Krankenkassen führen, die aufgrund des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes an anderer Stelle mit

erheblichen Mehrkosten belastet worden sind. Dieser Ausgleich konnte mit der Neuregelung des Zuzahlungseinzugs nicht in allen Teilen umgesetzt werden. Positiv hervorzuheben ist jedoch das nunmehr in § 43b Abs. 3 SGB V gesetzlich festgeschriebene Netto-Abzugsverfahren, das sich in der Praxis bereits in hohem Maße bewährt hat. Dagegen hat die Verlagerung der Vollstreckung bei den Krankenkassen, die über Dritte vollstrecken, bereits zu finanziellen Ausfällen geführt. Die unterschiedlichen, zum Teil landesweiten, Auffassungen der Vollstreckungsorgane zum Vollstreckungsverfahren haben dazu geführt, dass die Umsetzung des Zuzahlungseinzugs entweder gar nicht oder nur in unterschiedlicher Art und Weise durchgeführt werden kann, da die Zollämter überwiegend nicht mehr vollstrecken und die Vollstreckung durch Gerichtsvollzieher mit erheblichen Kosten verbunden ist. Diese Entwicklung der oben dargestellten Vollstreckungsproblematik war im Vorfeld für alle Beteiligten nicht absehbar.

Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Vollstreckung und aus Kosten- und Wirtschaftlichkeitsgründen ist es notwendig, dass die Vollstreckung der Zuzahlungen wieder bei den Kassen angesiedelt wird. Die Ersatzkassen sprechen sich daher für eine teilweise Rückführung des § 43b Abs. 3 SGB V aus, wobei das Netto-Abzugsverfahren beibehalten werden sollte. Das Inkrafttreten der Regelung wird rückwirkend zum 25. März 2009 vorgeschlagen. Durch die Rückwirkung können die ausstehenden Beträge, z. B. durch Vollstreckung realisiert und materieller Schaden für die Kassen verhindert werden.

### **Änderungsvorschlag vdek**

§ 43b Abs. 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(3) <sup>1</sup>Zuzahlungen, die Versicherte nach § 39 Abs. 4 zu entrichten haben, hat das Krankenhaus einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. <sup>2</sup>Absatz 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass das Krankenhaus frühestens 60 Kalendertage nach dem Ende der stationären Behandlung von der Krankenkasse eine Erstattung der nicht erfolgten Zuzahlung verlangen kann.“

Inkrafttreten:

„Die Regelung des § 43b Abs. 3 SGB V tritt rückwirkend zum 25. März 2009 in Kraft.“