

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) – Drucksache 16/3950 –

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

Zu Nummer 1 Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c (§ 5 Abs. 8a Satz 2 und 3 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu und prüft das Anliegen des Bundesrates, ob und wie das Einsetzen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V verhindert werden kann, wenn der Sozialhilfebezug nur für eine sehr kurze Dauer unterbrochen wird.

Zu Nummer 2 Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe a (§ 11 Abs. 4 Satz 2, 3 und 4 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Zuweisung des Versorgungsmanagements primär an die Leistungserbringer ist sachgerecht.

Zu Nummer 3 Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a und a1 – neu – (§ 13 Abs. 2 Satz 2, 3 und 10 SGB V)

Der Vorschlag wird in dieser Form abgelehnt, es wird jedoch geprüft, inwieweit Änderungen erforderlich sind, um den Patientenschutz zu erhöhen. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass Patienten nicht während einer Behandlung in die Kostenerstattung gedrängt werden.

Zu Nummer 4 Artikel 1 Nr. 8a – neu – (§ 14 Abs. 1 Satz 2 und 3 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag grundsätzlich zu, ggf. sollte ein anderer Regelungsort gefunden werden.

Zu Nummer 5 Artikel 1 Nr. 12 (§ 20a SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Mit der Regelung werden die Leistungen des Gesundheitsschutzes um ein Element ergänzt, das in umfassender Weise die gesundheitliche Situation der in einem Betrieb Beschäftigten erfasst und es werden Regelungen getroffen, wie diese Situation verbessert werden kann.

Zu Nummer 6 Artikel 1 Nr. 12 (§ 20d Abs. 1 Satz 2a – neu – und 3 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Er soll der Klarstellung dienen, dass allein der Gemeinsame Bundesausschuss darüber entscheidet, welche der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen Pflichtleistungen der Krankenkassen werden. Diese Klarstellung ist aber nicht erforderlich. In § 20d Abs. 1 Satz 3 bis 8 kommt bereits hinreichend zum Ausdruck, dass die Entscheidung letztlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen wird.

Zu Nummer 7 Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe a (§ 31 Abs. 2a SGB V), **Nr. 20** (§ 35b SGB V), **Nr. 47** (§ 73d SGB V) und **Nr. 117** (§ 139a SGB V)

Die Bundesregierung hat die Regelungen des Gesetzentwurfs hinsichtlich der Methoden und des Verfahrens der Kosten-Nutzen-Bewertung (§§ 35b, 139a SGB V), des Erstattungshöchstbetrags (§ 31 Abs. 2a SGB V) und der Verordnung besonderer Arzneimittel mit Zweitmeinung (§ 73d SGB V) überprüft. Die Regelungen sollten entsprechend der Intention des Bundesrates angepasst werden. Für die Vorgaben zur Methodik der Kosten-Nutzen-Bewertung sollte klargestellt werden, dass hierfür internationale, allgemein anerkannte Standards maßgebend sind, die insbesondere auch die Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Arzneimittel mit erwiesener Kosteneffektivität sollten von der Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrags ausgenommen werden. Bei fehlender Vergleichstherapie sollte eine Erstattungsbegrenzung und eine Kosten-Nutzen-Bewertung entfallen. Es sollte den Unternehmen eine angemessene Frist nach Zulassung eingeräumt werden, bis hinreichende Erkenntnisse dargestellt werden können, bevor eine Kosten-Nutzen-Bewertung erstellt wird. Die Ent-

wicklungskosten der Unternehmen sollten bei der Festsetzung des Höchstbetrags angemessen berücksichtigt werden.

Zu Nummer 8 Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe a
(§ 31 Abs. 2a, 2b – neu – und 2c – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Sie hält die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen für sachgerecht, dass der Erstattungshöchstbetrag, also die Leistungspflicht der Krankenkassen nach objektiven, nachprüfbaren Kriterien bestimmt wird, die sich aus der Kosten-Nutzen-Bewertung sowie den Entwicklungskosten ergeben. Dabei lässt die Regelung die Möglichkeit offen, dass der Erstattungshöchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmer festgesetzt wird. Die Regelung sollte dahingehend ergänzt werden, dass ein Höchstbetrag nicht festgesetzt werden soll, wenn es für eine Therapie keine Vergleichstherapie gibt.

Zu Nummer 9 Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe a
(§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 10 Artikel 1 Nr. 17 Buchstabe e
(§ 33 Abs. 6 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Vorschlag setzt die Beibehaltung der Zulassung voraus, die jedoch – auch nach der Stellungnahme des Bundesrates – erst fallen wird.

Die vorgeschlagenen Änderungen zur Höhe des Leistungsanspruchs überschneiden sich teilweise mit den Regelungen in § 33 Abs. 1 SGB V, sind gleichzeitig aber unvollständig und lassen relevante Fallkonstellationen unberücksichtigt.

Unabhängig hiervon wird die Notwendigkeit klarstellender Regelungen zu den vorgesehenen Ausschreibungen geprüft (s. auch Nummer 44).

Zu Nummer 11 Artikel 1 Nr. 20 (§ 35b Überschrift, Abs. 1 und 2 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt der Intention des Vorschlages zu. Die Vorschriften zu den methodischen Standards der Kosten-Nutzen-Bewertung, zum Verfahren sowie die Verweise zur Verfahrenstransparenz sollten entsprechend präzisiert werden.

**Zu Nummer 12 Artikel 1 Nr. 22 Buchstabe a und b
Doppelbuchstabe aa** (§ 37 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Es wird geprüft, inwiefern eine Klarstellung im Hinblick auf eine unter sachlichen Aspekten eingegrenzte Ausweitung des Haushaltsbegriffs notwendig ist.

Zu Nummer 13 Artikel 1 Nr. 23 (§ 37b Abs. 1 Satz 4 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Zusammenarbeit mit Hospizdiensten ist bereits geregelt (§ 37 Abs. 3 Nr. 2 SGB V-E). Im Übrigen können die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) weitere Zusammenarbeitsverpflichtungen festlegen.

Zu Nummer 14 Artikel 1 Nr. 23a – neu –
(§ 38a – neu – SGB V),
Nr. 15a – neu – (§ 27 Abs. 1 Nr. 5a – neu – SGB V),
Nr. 36a – neu – (§ 60 Abs. 2 Nr. 3 – neu – SGB V) und
Nr. 103 (§ 133 Überschrift, Abs. 1 Satz 1 – neu –, Satz 4 und 5, Abs. 2 Satz 1 – neu –, Abs. 3 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Er würde die gesetzliche Krankenversicherung finanziell erheblich belasten. Insbesondere würde die Übernahme aller Einsätze der Notfallrettung und des Rettungsdienstes unabhängig von einer weiteren Leistung der Krankenkasse zu erheblichen Mehrkosten führen. Soweit der Vorschlag auch auf den Wegfall des Abschlags bei Fahrkosten zielt, wird ihm zugestimmt (s. auch Nummer 49).

Zu Nummer 15 Artikel 1 Nr. 27 (§ 40a Satz 1a – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt.

Zu Nummer 16 Artikel 1 Nr. 27 (§ 40a Satz 1b – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt.

Zu Nummer 17 Artikel 1 Nr. 32 (§ 52a Satz 2 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Selbstverwaltung der Krankenkasse kann wegen der Sachnähe vor Ort selbst am besten beurteilen, wie der Leistungsausschluss durchgeführt wird.

Zu Nummer 18 Artikel 1 Nr. 33 (§ 53 Abs. 3 Satz 2, Abs. 5 Satz 3 – neu – und Abs. 8 Satz 1 SGB V)

Zu Buchstabe a

Der Vorschlag, Prämienzahlungen durch die Versicherten für ein qualitativvolleres und umfassenderes Leistungsangebot vorzusehen, wird abgelehnt. Jedem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiterhin der gesamte Leistungskatalog zur Verfügung stehen, ohne dass er dazu einen speziellen Tarif wählen müsste.

Zu den Buchstaben b und c

Der Vorschlag, in Absatz 5 die Geltung des Absatzes 8 auszuschließen, wird abgelehnt. Die Vorgabe, dass die einzelnen Tarife sich selbst tragen müssen und nicht quersubventioniert werden dürfen, muss auch für den Krankengeldtarif nach Absatz 5 gelten. In dieser Hinsicht erscheint die vorgeschlagene Einfügung des Wortes „Einnahmen“ in Absatz 8 sinnvoll.

Zu Nummer 19 Artikel 1 Nr. 33 (§ 53 Abs. 7 Satz 4 SGB V)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu Nummer 20 Artikel 1 Nr. 40a – neu – (§ 69 Satz 3 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt hinsichtlich der Anwendung des Diskriminierungs- und Missbrauchsverbots des Wettbewerbsrechts (§§ 19, 20 GWB) auf die Einzelvertragsbeziehungen der Krankenkassen grundsätzlich zu. Inwieweit

weitere Regelungen des Wettbewerbsrechts angewandt werden, wird geprüft.

Zu Nummer 21 Artikel 1 Nr. 41 Buchstabe a – neu – und b – neu – (§ 71 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 22 Artikel 1 Nr. 45 (§ 73b Abs. 3 Satz 2 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Der im Gesetzentwurf enthaltene § 73b Abs. 3 Satz 3 sieht bereits ausdrücklich vor, dass die Kassen Ausnahmen von dem Überweisungsgebot in ihren Satzungen regeln können. Dies wird als ausreichend angesehen. Es soll den Krankenkassen überlassen bleiben, welche Ausnahmen sie regeln wollen.

Zu Nummer 23 Artikel 1 Nr. 45 (§ 73b Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 und 4 – neu –, Satz 7 und 8 – neu – und Abs. 7 Satz 1, 1a – neu –, 2 und 4 SGB V)

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Der Vorschlag wird geprüft. Jedenfalls soll den in § 73b Abs. 4 genannten Vertragspartnern die Möglichkeit eingeräumt werden, die Kassenärztlichen Vereinigungen in allen Fällen bei den Regeln zur Qualitätssicherung zu beteiligen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Forderung, die Durchführung der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung regelhaft den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Sicherstellungsverpflichtung zuzuweisen, ist systemwidrig: Es handelt sich hier gerade nicht um die vertragsärztliche Versorgung, sondern um eine einzelvertragliche Leistungserbringung, bei der die Krankenkasse nicht nur berechtigt sein muss, ihren Partner beim Vertragsabschluss, sondern auch bei der Durchführung des Vertrags frei zu wählen. Demzufolge haben die Kassenärztlichen Vereinigungen auch keinen Anspruch darauf, von den Krankenkassen über den Inhalt der in ihrem Bezirk abgeschlossenen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und der daran teilnehmenden Hausärzte informiert zu werden (sie haben lediglich Anspruch auf Rechnungslegung im Rahmen der Bereinigung der Gesamtvergütungen nach § 73b Abs. 7).

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Gesamtvergütung ist bereits nach dem Gesetzentwurf in den Jahren 2007 und 2008 nur um solche Leistungsbereiche zu bereinigen, die aus der vertragsärztlich organisierten hausärztlichen Versorgung in die hausarztzentrierte Versorgung übergehen. Die Verteilung der entsprechend bereinigten Gesamtvergütung ist Aufgabe der Honorarverteilungsverträge und nicht Gegenstand der Gesamtverträge. Ab dem Jahr 2009 bedarf es im Hinblick auf die dann geltende Gesamtvergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung bei allen Einzelverträgen einer Bereinigung des Behandlungsbedarfs, wie bereits das geltende Recht bei Verträgen zur integrierten Versorgung in § 140d Abs. 2 Satz 2 SGB V vorsieht.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Der Vorschlag wird abgelehnt. Einer gesetzlichen Regelung, die den Krankenkassen eine entsprechende Unterrichtungspflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden auferlegt, bedarf es nicht. Die Aufsichtsbehörden sind bereits nach geltendem Recht berechtigt, die ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen um entsprechende Unterrichtung zu bitten.

Zu Nummer 24 Artikel 1 Nr. 46 (§ 73c Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt, da der Entwurf in § 73c Abs. 3 Nr. 4 die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner vorsieht. Nach dem derzeitigen Konzept der einzelvertragsärztlichen Aufgabenwahrnehmung sind die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegründeten Dienstleistungsgesellschaften nach § 77a auf die Beratung beim Abschluss von Einzelverträgen und auf die Vertragsabwicklung beschränkt; eine eigenständige Vertragspartnerschaft dieser Dienstleistungsgesellschaften ist weder anstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen noch zusätzlich zu diesen vorgesehen.

Zu Nummer 25 Artikel 1 Nr. 46 (§ 73c Abs. 6 Satz 4 SGB V) und

Nr. 121 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 140d Abs. 2 Satz 4 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Einer gesetzlichen Regelung, die den Krankenkassen eine entsprechende Unterrichtungspflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden auferlegt, bedarf es nicht. Die Aufsichtsbehörden sind bereits nach geltendem Recht berechtigt, die ihrer Aufsicht unterstehenden Körperschaften um entsprechende Unterrichtung zu bitten.

Zu Nummer 26 Artikel 1 Nr. 47 (§ 73d Abs. 1 Satz 1, 4, 5 und 6 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt der Intention des Vorschlags zu. Es sollte klargestellt werden, dass das Zweitmeinungsverfahren für Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten sowie mit potentiell erheblichen Nebenwirkungen Anwendung finden soll. Nach dieser Vorgabe soll der Gemeinsame Bundesausschuss bei Verzicht auf eine feste Vorgabe zur Höhe der Jahrestherapiekosten die Möglichkeit erhalten, die Arzneimittel sachgerecht zu bestimmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll außerdem gesetzlich verpflichtet werden, eine Regelung zu treffen, dass in Notfällen eine unverzügliche Verordnung sichergestellt ist und dass eine Zweitmeinung innerhalb einer angemessenen Frist erfolgt.

Zu Nummer 27 Artikel 1 Nr. 48 (§ 75 Abs. 3a SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Er geht zu Lasten der Basis- und Standardtarifversicherten und ist nicht mit der Zielsetzung des GKV-WSG vereinbar, einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz für alle Bürger – in der GKV oder der PKV – mit Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts zu gewährleisten. Diesem Ziel dient im Bereich der PKV die Einführung eines brancheneinheitlichen Basistarifes. Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform sehen vor, dass der Basistarif dem Leistungsumfang der

GKV vergleichbar sein soll. Zum Leistungsumfang der GKV gehört zwingend auch die Sicherstellung der ambulanten (zahn)ärztlichen Versorgung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen, ohne die die Versicherten des Basistarifes zwar einen Kostenerstattungsanspruch gegenüber ihrem PKV-Unternehmen hätten, jedoch keine Sicherheit, dass ein (Zahn)Arzt sie zu diesen Bedingungen auch behandelt.

Die vom Bundesrat vorgetragene verfassungs- und kompetenzrechtlichen Bedenken werden von der Bundesregierung insbesondere vor dem Hintergrund des gesetzgeberischen Gesamtziels, einen bezahlbaren und realisierbaren Krankenversicherungsschutz für alle Bürger sicherzustellen, nicht geteilt.

Zu Nummer 28 Artikel 1 Nr. 49 (§ 77a Abs. 2 Nr. 2a – neu –, 2b – neu – und 6 – neu – SGB V)

Zu Buchstabe a

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die genannten Aufgabenerweiterungen können zu Wettbewerbsnachteilen für andere Marktteilnehmer führen. Die Nähe der Dienstleistungsgesellschaften zu ihren Mutterorganisationen birgt die Gefahr, dass Tätigkeiten der Dienstleistungsgesellschaften in den o. g. Aufgabenbereichen als wettbewerbswidriges Handeln eingestuft werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Dienstleistungsgesellschaften aufgrund der Verbindung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBVen) Vorteile haben, die konkurrierenden Marktteilnehmern verwehrt sind. Dies ist auch dann nicht vollkommen ausgeschlossen, wenn die Dienstleistungsgesellschaften eigenständig zu organisieren und zu finanzieren sind. Im Übrigen ist es aus ordnungspolitischen Gründen zweifelhaft, den Dienstleistungsgesellschaften der KBVen bzw. der KVen die Entwicklung von Software, Betriebssystemen etc. zu gestatten, die ebenso gut von Industriefirmen durchgeführt werden kann.

Zu Buchstabe b

Auf die Stellungnahme zu der vorgeschlagenen Änderung des § 73c Abs. 3 wird Bezug genommen. Eine Beteiligung der Dienstleistungsgesellschaften an Verträgen zur integrierten Versorgung ist ebenfalls abzulehnen, da Wettbewerbsnachteile anderer Marktteilnehmer zu befürchten sind.

Zu Nummer 29 Artikel 1 Nr. 49 (§ 77a Abs. 2 Nr. 5 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Auch wenn keine Bedenken gegen die Sicherstellung des Notdienstes durch Notfallambulanzen am Krankenhaus bestehen, bleibt es dabei, dass die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bei der Sicherstellung des Notdienstes im Rahmen ihres originären Sicherstellungsauftrags tätig wird. Dieser Sicherstellungsauftrag ist daher durch die KV und nicht durch eine von ihr gegründete Dienstleistungsgesellschaft zu erfüllen.

Zu Nummer 30 Artikel 1 Nr. 49 (§ 77a Abs. 3 Satz 3 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Der vorgeschlagenen Regelung bedarf es nicht. Da § 77a Abs. 1 ausdrücklich die Gründung von Dienstleistungsgesellschaften erlaubt, ergibt sich daraus auch, dass die KV/KBV auch die entsprechenden Gründungsmittel zur Verfügung stellen darf. Die Kos-

tenregelung des § 77a Abs. 3 bezieht sich hingegen nach ihrem ausdrücklichen Wortlaut nicht auf die Gründung der Gesellschaft, sondern nur auf das Tätigwerden der Gesellschaft. Lediglich dieses Tätigwerden der Gesellschaft darf nur gegen Kostenersatz erfolgen.

Zu Nummer 31 Artikel 1 Nr. 49 (§ 77a Abs. 4 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Der vorgeschlagenen Regelung, die den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBVen) eine entsprechende Unterrichtungspflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden auferlegt, bedarf es nicht. Die Aufsichtsbehörden sind bereits nach § 78 Abs. 3 Satz 1 SGB V i. V. m. § 88 Abs. 2 SGB IV berechtigt, die KVen/KBVen um entsprechende Unterrichtung zu bitten.

Zu Nummer 32 Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa1 – neu – (§ 84 Abs. 1 Satz 1a – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt, da eine Beteiligung der Verbände der Apotheken an den Arzneimittelvereinbarungen in Kernaufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen eingreifen würde, in eigener Verantwortung Vereinbarungen über die Verordnung von Arzneimitteln durch Vertragsärzte an Versicherten zu schließen.

Zu Nummer 33 Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa (§ 84 Abs. 5 Satz 2 und 2a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, insbesondere hinsichtlich der Frage, ob eine Änderung des bisherigen Verfahrens der Datenzusammenführung zielführend und umsetzbar ist. Diese Prüfung ist noch nicht abgeschlossen.

Zu Nummer 34 Artikel 1 Nr. 54 Buchstabe a1 – neu – (§ 85 Abs. 2a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt der Zielsetzung des Vorschlags zu.

Zu Nummer 35 Artikel 1 Nr. 55 (§ 85a Abs. 2 Satz 3, Abs. 4 und 6 Satz 1 und 2 SGB V)

Zu den Buchstaben a und b

Der Vorschlag, den Vorgaben des Bewertungsausschusses nur noch Empfehlungscharakter zu geben, wird abgelehnt. Er würde dem Ziel entgegenstehen, die heute zu beobachtenden erheblichen regionalen Punktwertunterschiede so weit wie möglich abzubauen.

Zu Buchstabe c

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Funktionsfähigkeit der Datenübermittlung und damit die rechtzeitige Umsetzbarkeit von prospektiven Vergütungsvereinbarungen würde erheblich gefährdet, falls mehrere voneinander unabhängig agierende zusätzliche Datenstellen auf der Landesverbandsebene der jeweiligen Kassenarten einbezogen werden. Außerdem ist die in dem Vorschlag nicht vorgesehene bundeseinheitliche Regelung zur Bereitstellung von Datengrundlagen durch Beschluss des Bewertungsausschusses aus verfahrenstechnischen und inhaltlichen Gründen unverzichtbar.

Zu Nummer 36 Artikel 1 Nr. 55 (§ 85b Abs. 4 Satz 2 SGB V)

Der Vorschlag, die Kriterien des Bewertungsausschusses zur Verwendung von Vergütungsanteilen für Sicherstellungsaufgaben und zur Bildung von Rückstellungen zu streichen, wird als zu weitgehend abgelehnt.

Rückstellungen zur Berücksichtigung einer möglichen Zunahme der Arztzahlen oder Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben mindern die zur Verteilung stehende Gesamtvergütung und damit die Honorarsumme, die für die Vergütung der Ärzte durch Regelleistungsvolumina zur Verfügung steht. Sie haben somit auch Auswirkungen auf das vom Bewertungsausschuss zu bestimmende Verfahren zur Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina. Somit ist es sachgerecht, dass der Bewertungsausschuss zumindest Grundsatzvorgaben für die Bildung von Rückstellungen bestimmt. Verzichtet werden kann aber auf die Kriterien des Bewertungsausschusses für die Verwendung von Vergütungsanteilen für Verwaltungsaufwand der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Nummer 37 Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc – neu – und Buchstabe e (§ 87 Abs. 2 Satz 5 – neu – und Abs. 2a Satz 3 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt der Zielsetzung des Vorschlags zu.

Zu Nummer 38 Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe f (§ 87 Abs. 2e Satz 2 und 3 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Ergänzung in § 87 Abs. 2e Satz 2 ist nicht erforderlich, da klar ist, dass die Orientierungswerte letztlich jeweils auf der KV-Ebene anzuwenden sind (§ 85a Abs. 2). Die Kalkulationsvorgabe in § 87 Abs. 2e Satz 3 sollte ganz gestrichen werden, um dem Bewertungsausschuss in jedem Falle eine Kalkulation der Orientierungswerte für Unter- und für Überversorgung in sachgerechter Höhe zu ermöglichen. Insoweit erübrigt sich die vorgeschlagene Klarstellung in § 87 Abs. 2e Satz 3.

Zu Nummer 39 Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe f (§ 87 Abs. 2f Satz 2 und 5 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die gesetzlichen Vorgaben für den Bewertungsausschuss sind hinreichend offen, klar und widerspruchsfrei. Danach hat der Bewertungsausschuss durch eigene Datenerhebungen die Indikatoren zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in sachgerechter Weise zu ermitteln. Aus zeitlichen und umsetzungstechnischen Gründen soll er ergänzend, soweit dies möglich ist, auf amtliche Indikatoren zurückgreifen (z. B. Daten von statistischen Ämtern). Darüber hinaus sollen Daten zur Wirtschaftskraft ohnehin nur dann hilfs- und ausnahmsweise und unter differenzierter Betrachtung zur Anwendung kommen, wenn die für die Arztpraxen relevanten regionalen Investitions- und Betriebskosten für die Indikatorenbestimmung aus zeitlichen Gründen bis zu erstmaligen Festsetzung im Jahr 2008 ggf. nicht zur Verfügung stehen. Es wird geprüft, wie verdeutlicht werden kann, dass die Indikatoren zur Wirtschaftskraft – wenn überhaupt – nur in einem einmaligen Ausnahmefall (im Jahr 2008) zu verwenden sind.

Zu Nummer 40 Artikel 1 Nr. 61 (§ 91 Abs. 11 Satz 1 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Bei den in der Rechtsverordnung zu treffenden Regelungsinhalten für den Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) handelt es sich um organisatorische und strukturelle Vorgaben für ein Gremium auf Bundesebene. Die Formulierung der Rechtsverordnungsermächtigung umfasst dagegen keine Vorgaben für das Gremium zu inhaltlichen Fragen des Versorgungsgeschehens.

Zu Nummer 41 Artikel 1 Nr. 62 Buchstabe b (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 – neu –, Nr. 13 und 14 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die geriatrische Rehabilitation ist ein Teilbereich der medizinischen Rehabilitation. Daher ist eine gesonderte Nennung der geriatrischen Rehabilitation entbehrlich.

Zu Nummer 42 Artikel 1 Nr. 62 Buchstabe b (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 15 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufnahme der Impfleistung in den Leistungskatalog.

Zu Nummer 43 Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe k Doppelbuchstabe dd (§ 106 Abs. 5a Satz 7 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Er ist nicht sachgerecht, da das Gewollte nicht erreicht wird. Pauschal anzuerkennende Praxisbesonderheiten werden in der Prüfvereinbarung vereinbart. Durch die „Soll“-Vorschrift im Regierungsentwurf wird erreicht, dass im Regelfall ein Vorweg-Abzug dieser vereinbarten Praxisbesonderheiten ohne weitere Prüfung erfolgt. Der Prüfungsausschuss sollte aber die Möglichkeit behalten, im Einzelfall bei Zweifeln beim Arzt nachzufragen. Wird dem Prüfungsausschuss diese Möglichkeit genommen, könnte die Bereitschaft der Vertragspartner beeinträchtigt werden, in der Prüfvereinbarung Arzneimittel als pauschal zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten aufzunehmen.

Zu Nummer 44 – Zu der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (vgl. Artikel 1 Nr. 91 bis 93, §§ 125 bis 127 SGB V)

Klarstellende Regelungen zu den vorgesehenen Ausschreibungen werden geprüft. Sie werden grundsätzlich als sinnvoll angesehen, um einen geordneten Wettbewerb zu ermöglichen, der der Vielfalt der Leistungserbringer Rechnung trägt. Es ist darüber hinaus vereinbart, dass die §§ 19, 20 GWB auf die Rechtsbeziehung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern entsprechend Anwendung finden sollen.

Zu Nummer 45 Artikel 1 Nr. 95 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, SGB V), **Buchstabe c Doppelbuchstabe bb** (§ 129 Abs. 5 Satz 3 bis 6 SGB V), **Buchstabe d** (§ 129 Abs. 5a SGB V) und **Buchstabe e** (§ 129 Abs. 5c SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 46 Artikel 1 Nr. 96 (§ 130 Abs. 1 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 47 Artikel 1 Nr. 97 (§ 130a SGB V)

Entsprechend der Stellungnahme des Bundesrates hat die Bundesregierung die Frage der Vereinbarkeit von freiwilligen, vertraglichen Rabatten für Arzneimittel mit den gesetzlichen verpflichtenden Rabatten geprüft mit dem Ergebnis, dass beide Regelungen miteinander vereinbar sind. Nach § 130a Abs. 8 Satz 1 können vertragliche Rabatte zusätzlich zu den gesetzlichen Rabatten vereinbart werden und berühren deren Gültigkeit nicht. Vertragliche Rabatte sind anders als die gesetzlichen Rabatte direkt von der Krankenkassen beim Hersteller einzuziehen. Die Apothekenrechenzentren können von den Krankenkassen beauftragt werden, diese Rabatte einzuziehen.

Zu der Frage nach dem Verhältnis zwischen den gesetzlichen Rabatten nach § 130a Abs. 1, 3a und 3b weist die Bundesregierung darauf hin, dass durch den Wortlaut diese Vorschriften geregelt ist, dass die Preiserhöhungsbeträge, die nach § 130a Abs. 3a in der Zeit bis zum 31. März 2008 abgeschöpft werden, nicht zusätzlich durch Rabatte belastet werden.

Die Pflicht der Versicherten zur Übernahme von Mehrkosten besteht nach § 31 Abs. 2 in Höhe einer Überschreitung des Festbetrags. Die Voraussetzungen für eine Entlastung der Versicherten von Mehrkosten bei Festbetragsüberschreitung durch gesetzliche Rabatte nach § 130a fehlen in der Regel, da der Rabatt nach Absatz 1 nur für Arzneimittel ohne Festbetrag gilt und der Rabatt nach § 13a Abs. 3b für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel gilt, die in der Regel nicht teurer als der Festbetrag sind. Schließlich findet die Vorschrift über den Rabatt bei Preiserhöhungen nach § 130a Abs. 3a keine Anwendung auf Preiserhöhungen oberhalb des Festbetrags, so dass auch eine Anrechnung auf die Mehrkosten der Versicherten möglich ist.

Zu Nummer 48 Artikel 1 Nr. 97 Buchstabe i Doppelbuchstabe bb (§ 130a Abs. 8 Satz 5a und 5b SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Im Hinblick auf die vorgesehene Anwendbarkeit bestimmter Vorschriften des Wettbewerbsrechts auf Verträge nach § 130a Abs. 8 kann die gesetzliche Zuweisung eines Vertragsmonopols an die Landesapothekerverbände nicht in Betracht kommen. Beauftragungen von Landesapothekerverbänden zum Abschluss von Verträgen nach § 130a Abs. 8 bleiben im Rahmen der oben genannten Vorschriften möglich.

Zu Nummer 49 Artikel 1 Nr. 103 Buchstabe b (§ 133 Abs. 4 SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu Nummer 50 Artikel 1 Nr. 104 Buchstabe a (§ 134a Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Übernahme von Betriebskosten bei Entbindungen in Geburtshäusern ist notwendig, da ansonsten den betroffenen Frauen eine etablierte Entbindungsmöglichkeit aus Kostengründen verschlossen wird.

Zu Nummer 51 Artikel 1 Nr. 107 (§ 136 Abs. 2 Satz 2, 3 und Abs. 4 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu Nummer 52 Artikel 1 Nr. 110 (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 7 SGB V)**Zu Buchstabe a**

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu. Die Fortbildungsverpflichtung sollte im stationären Bereich neben den Fachärzten auch auf die in der stationären Versorgung tätigen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt werden.

Zu Buchstabe b

Dem Vorschlag wird nur insoweit zugestimmt, als eine Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer zu den Beschlüssen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 vorgesehen wird. Diese Änderung ist wegen der Annahme unter Buchstabe a gerechtfertigt. Eine Beteiligung bei den Beschlüssen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 wird dagegen abgelehnt, da die Beschlüsse sich nur in einem geringen Maße auf Belange der Psychotherapeuten beziehen. Hierbei wird es als ausreichend angesehen, dass im Rahmen des üblichen Anhörungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses sichergestellt ist, dass die Belange der Psychotherapeuten angemessen berücksichtigt werden können.

Zu Nummer 53 Artikel 1 Nr. 111 (§ 137a Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 2a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 54 Artikel 1 Nr. 117 Buchstabe b und c (§ 139a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt der Intention des Vorschlags zu, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der Durchführung seiner Aufgaben dem international und national anerkannten Stand der Wissenschaft in den Bereichen der Medizin sowie der Gesundheitsökonomie zu verpflichten. Es sollte dabei klargestellt werden, dass Bewertungen des medizinischen Nutzens in jedem Fall nach den Standards der evidenzbasierten Medizin zu erfolgen haben.

Zu Nummer 55 Artikel 1 Nr. 120 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc – neu – (§ 140b Abs. 1 Nr. 6, 7 – neu – und 8 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Seine Umsetzung würde zu einer Interessenkollision bei den Kassenärztlichen Vereinigungen führen, die zum einen den Sicherstellungsauftrag im Kollektivvertragssystem und zum anderen Wettbewerbsaufgaben wahrnehmen würden.

Zu Nummer 56 Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 140d Abs. 1 bisheriger Satz 5 SGB V),

Artikel 19 Nr. 1 und 2 (§ 4 Abs. 9 Satz 2 und § 8 Abs. 9 KHEntgG) und

Artikel 20 Nr. 2 und 3 (§ 12 Abs. 2 Satz 1 und § 14 Abs. 7 BPflV)

Angesichts der überproportionalen Ausgabenzuwächse der Krankenkassen für stationäre Behandlung in den Jahren 2005 und 2006, durch die nach derzeitigem Erkenntnisstand 2006 mehr als 3 Mrd. Euro mehr gezahlt werden als 2004,

wird ein Einsparbeitrag des Krankenhaussektors politisch als unverzichtbar erachtet. Die finanzielle Entlastung des GKV-WSG würde sich bei einer Streichung des Sanierungsbeitrags im Jahr 2007 um 400 Mio. Euro vermindern, für das Jahr 2008 um 500 Mio. Euro. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. Der Sanierungsbeitrag wird jedoch insbesondere hinsichtlich einer möglichen Differenzierung geprüft.

Zu Nummer 57 Artikel 1 Nr. 130 (§ 171a SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Soweit die Kassenfusionen kartellrechtlich überprüft werden, ist das wirtschaftlich sinnvoll, da insbesondere bei regional begrenzter Anbieterstruktur ein Zusammenschluss von Krankenkassen, der zu einer regionalen Konzentration auf der Nachfrageseite führt, letztendlich zur Störung des wettbewerblichen Gleichgewichts führen kann. Erst wenn sich herausstellt, dass die Beschlusspraxis des Bundeskartellamts den Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausreichend Rechnung trägt, wäre zu prüfen, ob dem Gesetzgeber Regelungen zur Gegensteuerung vorgeschlagen werden sollten.

Zu Nummer 58 Artikel 1 Nr. 131 (§ 171b Abs. 1 und 2 – neu – SGB V),

Nr. 131a – neu – (§ 171c – neu – SGB V),

Nr. 124 Buchstabe c und d – neu – (§ 155 Abs. 5 Satz 1, 2 und 5, Satz 2 Nr. 4 – neu – und Abs. 6 – neu – SGB V),

Nr. 125 Buchstabe b (§ 164 Abs. 5 SGB V) und **Artikel 46 Abs. 5** (Inkrafttreten)

Soweit der Vorschlag das Ziel einer Klarstellung der Regelungen des Gesetzentwurfs verfolgt, stimmt die Bundesregierung dem Vorschlag zu.

Die Regelung zur Freistellung der Länder von der Haftung für das Insolvenzgeld nach SGB III und für die Ansprüche nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung wird abgelehnt. Der Umstand, dass die Versorgungsansprüche und die unverfallbaren Versorgungsansprüche der Arbeitnehmer landesunmittelbarer Krankenkassen derzeit nicht gegen das Insolvenzrisiko abgesichert sind, ist in erster Linie auf die durch Landesrecht herbeigeführte Insolvenzunfähigkeit der landesunmittelbaren Krankenkassen zurückzuführen.

Die Frage, welche Übergangs- und Sonderregelungen zur Flankierung der Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen erforderlich sind, um den Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung zu tragen, wird im parlamentarischen Verfahren geklärt. Die Bundesregierung wird Vorschläge für eine Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers unterbreiten. Die Detailregelungen können sodann in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren getroffen werden. Eine stufenweise Ablösung der Haftung der Länder wird geprüft.

Zu Nummer 59 Artikel 1 Nr. 133 Buchstabe a (§ 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 und 4a und Satz 2 – neu – SGB V),

Nr. 123a – neu – (§ 149 Überschrift, Abs. 1 und 2 – neu – SGB V) und

Nr. 124a – neu – (§ 159 Überschrift und Absatz 4 – neu – SGB V)

Zu Buchstabe a

Der Vorschlag wird geprüft. Jedoch kann die Regelung zur Abgrenzung des Kassenbezirks geöffneter Betriebs- und

Innungskrankenkassen nicht ersatzlos entfallen, sondern muss durch eine andere gesetzliche Abgrenzung des Kassenbezirks ersetzt werden.

Zu Buchstabe b

Der Vorschlag wird abgelehnt, da die Betriebskrankenkassen (BKKen) und Innungskrankenkassen (IKKen) durch das Recht, ihren Kassenbezirk nach freiem Belieben abzugrenzen, einen erheblichen Wettbewerbsvorteil insbesondere gegenüber den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen) erhielten, denen vergleichbare Gestaltungsmöglichkeiten nicht zustehen und offenbar auch nicht eröffnet werden sollen. Es wäre zu erwarten, dass die begünstigten BKKen und IKKen ihren Kassenbezirk auf risikogünstige Länder ausdehnen, insbesondere Hochversorgungsregionen aber gezielt aussparen würden. Bei den Ersatzkassen ist das Bestehen dieser Gestaltungsmöglichkeit vergleichsweise unschädlich, da der weit überwiegende Teil der Ersatzkassen ohnehin bundesweit tätig ist.

Zu Nummer 60 Artikel 1 Nr. 136 (Zweiter Abschnitt des Sechsten Kapitels, Zweiter Titel SGB V) und **Artikel 46 Abs. 7** (Inkrafttreten)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 61 Artikel 1 Nr. 142 (§ 197b Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 62 Artikel 1 Nr. 142 (§ 197b Satz 3 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 63 Artikel 1 Nr. 142a – neu – (§ 208 Abs. 2 Satz 2 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird das redaktionelle Versehen im Rahmen des RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes beheben und damit dem Anliegen des Bundesrates Rechnung tragen.

Zu Nummer 64 Artikel 1 Nr. 143a – neu – (§ 211 Abs. 4 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Über den Ausgleich von Aufwendungen der Landesverbände sollten sich die Länder durch Vereinbarungen verständigen.

Zu Nummer 65 Artikel 1 Nr. 143a – neu – (§ 211a – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft. Das mit ihm verfolgte Anliegen ist grundsätzlich berechtigt. Allerdings ist die Nennung der „Verbände der Ersatzkassen“ verfehlt. Auch bedarf es ergänzender Regelungen zur Einbindung der Ersatzkassen, insbesondere der Festlegung auf einen gemeinsamen bestellten Bevollmächtigten für die Bestimmung des einheitlich und gemeinsam festzulegenden Vertragsinhalts.

Zu Nummer 66 Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe a (§ 212 Abs. 1 Satz 1a – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 67 Artikel 1 Nr. 144 Buchstabe e Doppelbuchstabe aa und bb Dreifachbuchstabe aaa und bbb und Doppelbuchstabe cc – neu – und dd – neu – (§ 212 Abs. 5 Satz 3a – neu –, 4 und 4a – neu – und Satz 5 SGB V) und

Artikel 8 Nr. 23 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 52 Abs. 1 Satz 2 – neu – SGB XI)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Er wirkt sich wettbewerbs-hindernd, nicht wettbewerbsfördernd aus. Die Neuorganisation der Verbände auf Bundesebene bringt es mit sich, dass auch VdAK/AEV nicht mehr als Bundesverbände mit öffentlich-rechtlicher Vertretungsmacht für ihre Mitglieds-kassen bestehen bleiben können. Es wäre mit der Intention des Gesetzentwurfs nicht vereinbar, die Ersatzkassen auf Landesebene generell auf ein gemeinsames und einheitliches Handeln durch eine gemeinsame Landesvertretung zu verpflichten.

Zu Nummer 68 Artikel 1 Nr. 145 (§ 213 Abs. 1 Satz 6 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 69 Artikel 1 Nr. 149 (§ 217f Abs. 2 bis 5 SGB V) und

Artikel 5 Nr. 9 (§ 69 Abs. 5 SGB IV)

Der Vorschlag wird abgelehnt, da der Spitzenverband ohnehin nur wettbewerbsneutrale Aufgaben übertragen bekommen hat. Der Bundesrat wendet sich u. a. dagegen, dass dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Kompetenz zugesprochen wird, Empfehlungen zur Benennung und Verteilung der zukünftigen Weiterleitungsstellen abzugeben. Dies ist aber zur Sicherstellung eines bundeseinheitlichen Qualitätsstandards dieser Stellen, die Meldungen und Beitragsnachweise auch überregional annehmen können müssen, als Mindestforderung geboten.

Zu Nummer 70 – Zu den Landwirtschaftlichen Krankenkassen

Die Bundesregierung lehnt es ab, die Beteiligung des Bundes an Aufwendungen weiterhin auf Landwirtschaftliche Krankenkassen zu erstrecken, da die Landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht am Gesundheitsfonds beteiligt werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die landwirtschaftliche Krankenversicherung im Rahmen der Finanzierung der Ausgaben für die landwirtschaftlichen Altenteiler im Umfang von ca. 1 Mrd. Euro jährlich Bundesmittel erhält, die durch die Einführung des Gesundheitsfonds unberührt bleiben.

Zu Nummer 71 Artikel 1 Nr. 159 Buchstabe b (§ 241 Abs. 2 SGB V) und

Artikel 2 Nr. 29a Buchstabe c (§ 241 Abs. 2 Satz 4 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Rechtsverordnung zur Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes basiert auf den Einschätzungen des neu einzurichtenden Schätzerkreises. Da zwischen Verkündung des festzulegenden Beitragssatzes und Inkrafttreten mindestens zwei Monate liegen müssen, damit die Beteiligten die erforderlichen Umstellungsmaßnahmen durchführen können, würde ein Zustimmungserfor-

dernis des Bundesrates den zeitlichen Vorlauf weiter verlängern. Ab Vorlage der Ergebnisse des Schätzerkreises ist mit mindestens zwei bis drei Monaten Verfahrensdauer (Ressortabstimmung, Kabinett, Bundesrat mit Fristverkürzung) zu rechnen. Die Schätzgrundlagen für den erforderlichen Beitragssatz ab dem 1. Januar des Folgejahres könnten dann lediglich die Finanzschätzungen für das 1. Quartal des laufenden Jahres berücksichtigen, die aber als Ausgangsbasis für eine Prognose ungeeignet sind. Bei entsprechend langen Vorlaufzeiten wird die Prognose des Schätzerkreises an Aktualität und an Verlässlichkeit verlieren. Der Beitragssatz könnte nicht mehr die Zielgenauigkeit entwickeln, die erforderlich ist.

Zu Nummer 72 Artikel 1 Nr. 162 (§ 243 Abs. 3 Satz 1 SGB V)

Es wird auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 159 Buchstabe b (§ 241 Abs. 2 SGB V) und Artikel 2 Nr. 29a Buchstabe c (§ 241 Abs. 2 Satz 4 SGB V, s. zu Nr. 71) verwiesen.

Zu Nummer 73 Artikel 1 Nr. 173 Buchstabe 0a – neu – (§ 255 Abs. 1 Satz 1 – neu – SGB V),

Artikel 5 Nr. 2a – neu – (§ 28e Abs. 1 Satz 1 – neu – SGB IV) und

Nr. 3a – neu – (§ 28 g Satz 1 – neu – SGB IV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Nicht zuletzt würde ein Quellenabzugsverfahren des Zusatzbeitrags, die mit dem Gesundheitsfonds verbundene Verwaltungsvereinfachung zugunsten der Arbeitgeber wieder zunichte machen und der Rentenversicherung einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand auferlegen.

Zu Nummer 74 Artikel 1 Nr. 174 Buchstabe c (§ 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V), **Nr. 212** (§ 314 Satz 1 und 2 SGB V), **Artikel 45 Nr. 7** (13a Abs. 2 Satz 2 KalV) und **Artikel 46 Abs. 5 und 7** (Inkrafttreten)

Ein Zusammenhang zwischen Einführung des Gesundheitsfonds und Einführung der die PKV betreffenden Regelungen ist nicht gegeben. Es ist zwingend erforderlich, zu erreichen, dass auch ehemals PKV-Versicherte bzw. der PKV zuzuordnende Personen ohne Versicherungsschutz zügig (wieder) über eine Absicherung im Krankheitsfall verfügen. In der GKV treten korrespondierende Regelungen bereits zum 1. April 2007 in Kraft.

Zu Nummer 75 Artikel 1 Nr. 176 Buchstabe a (§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 76 Artikel 1 Nr. 177a – neu – (§ 265a – neu – SGB V) und

Artikel 2 Nr. 29d – neu – (§ 265a – neu – SGB V)

Zu Buchstabe a

Der Vorschlag zur Änderung des durch das Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG) neu gefassten § 265a SGB V wird abgelehnt. Eine generelle Verlängerung des Entschuldungszeitraums bis zum 31. Dezember 2008 ist nicht erforderlich. Soweit aufgrund von Besonderheiten bei Krankenkassen einer Kassenart eine Entschuldung nicht bis

zum 31. Dezember 2007 möglich ist, kann der zuständige Spitzenverband eine Verlängerung der Entschuldungsfrist bis zum 31. Dezember 2008 beantragen. Damit ist dem Anliegen der betroffenen Kassenarten Rechnung getragen.

Die vorgeschlagene Änderung der Abstimmungsmehrheit über die Satzungsregelung des Spitzenverbands würde Blockademöglichkeiten eröffnen, die eine fristgerechte Entschuldung gefährden.

Zu Buchstabe b

Der Vorschlag, für die Zeit nach dem 1. Januar 2009 eine Anschlussregelung für die Gewährung finanzieller Hilfen zu schaffen, wird geprüft. Außerdem prüft die Bundesregierung eine Klarstellung des Begriffs der Verschuldung von Krankenkassen.

Zu Nummer 77 Artikel 1 Nr. 182 und 183 (§ 270 und 271 sowie § 272 SGB V)

Die Bundesregierung wird dem Anliegen, die finanziellen Auswirkungen der Übergangsregelung nach § 272 SGB V transparent darzulegen, sobald entsprechende Berechnungen vorgenommen werden können, nachkommen. Dies wird nach der Übermittlung der relevanten Morbiditätsdaten im August 2008 durch die Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt möglich sein. Eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Krankenkassen zur Versorgung der Bevölkerung bzw. ihrer Versicherten – wie in der Stellungnahme des Bundesrates gefordert – ist erklärtes Ziel des Gesundheitsfonds, ebenso wie der Ausgleich der Grundlohnunterschiede der Kassenmitglieder. Es ist daher sachgerecht, i. S. des Antrags darauf zu achten, dass die Übergangsregelung grundsätzlich mit diesen Zielen des Gesundheitsfonds in Einklang steht.

Zu Nummer 78 Artikel 1 Nr. 183 (§ 272 Abs. 4 Satz 4 bis 10 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung wird die Durchführbarkeit der in § 272 Abs. 4 Satz 4 bis 10 getroffenen Regelung überprüfen.

Zu Nummer 79 Artikel 1 Nr. 184 Buchstabe c (§ 274 Abs. 4 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Das Prüfrecht des Bundesrechnungshofes ist auch bei landesunmittelbaren Krankenkassen notwendig. Unberührt bleibt die letztlich aus dem Gebot der Verhältnismäßigkeit folgende Verpflichtung des Bundesrechnungshofes, des Bundesversicherungsamtes und der zuständigen Prüfbehörden der Länder, Überschneidungen ihrer jeweiligen Prüftätigkeit und damit verbundene unnötige Belastungen der Krankenkassen zu vermeiden.

Zu Nummer 80 Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe a (§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die vorgesehene Neuregelung ist unverändert begründet. Danach soll der Nutzung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) „in unverhältnismäßiger Weise zur Einzelfallsteuerung“ begegnet werden. Für einzelne Kassenarten liegen Hinweise zu Prüfquoten im Rahmen der Einzelfallprüfung in Höhe von 45 Prozent der Krankenhausfälle vor. Die Ärzteschaft hat diese Änderung u. a. als „positive Auswirkung für den Arbeitsalltag vieler Klinikärzte“ begrüßt. Dem erhöhten

Verwaltungsaufwand, der nach Auffassung der Länder mit der Berechnung der Aufwandspauschale verbunden sei, ist der entlastende Beitrag der Regelung zu einer Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit gegenüber zu stellen. Die Regelung sollte als Anreiz für eine zielorientiertere Ausrichtung der Einzelfallprüfung aufrechterhalten werden.

Zu Nummer 81 Artikel 1 Nr. 189 Buchstabe a **Doppelbuchstabe bb** (§ 281 Abs. 1 Satz 2a SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Feststellung aus der Begründung des Vorschlags, dass Verschiebungen bei den Versicherungszahlen zwischen den einzelnen Krankenkassen sich im Zeitverlauf ausgleichen, trifft nicht zu. Daher hätte die Änderung zur Folge, dass große Versorgerkassen mit kontinuierlicher Mitgliederabwanderung bei der Umlagefinanzierung einen Mehrbetrag für nicht mehr bei ihnen versicherte Mitglieder zu entrichten hätten.

Zu Nummer 82 Artikel 1 Nr. 189 Buchstabe b (§ 281 Abs. 1a Satz 3 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Änderung hat in Bezug auf die Kosten keine finanziellen Auswirkungen, da bei gemeinsamer und einheitlicher Beauftragung des Medizinischen Dienstes auch die nutzerorientierte Finanzierung einheitlich und gemeinsam erfolgen muss (wenn alle beauftragen, tragen auch alle die Kosten). Dieses entspricht einer Umlage. Einzige Folge des Vorschlags wäre somit, dass bei diesen einheitlich und gemeinsam von den Krankenkassen und ihren Verbänden beauftragten Beratungstätigkeiten der gewollte Wettbewerb der Medizinischen Dienste mit anderen Gutachterdiensten nicht entstehen würde, da durch die Formulierung auch die Einschaltung anderer Gutachterdienste für diese Beratungstätigkeiten ausgeschlossen würde.

Zu Nummer 83 Artikel 1 Nr. 192 (§ 285 Abs. 2 und 3 Satz 3 – neu – SGB V)

Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt.

Zu Nummer 84 Artikel 1 Nr. 192a – neu – (§ 286a – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Das mit dem Vorschlag Gewollte wird bereits durch bestehende sowie durch neue Regelungen erreicht, die im Regierungsentwurf vorgesehen sind (Artikel 1 Nr. 7 – § 11 SGB V – und Nummer 191 – § 284 SGB V). Zudem könnte der Vorschlag bei der Rechtsanwendung zu erheblichen Problemen führen, da von den datenschutzrechtlichen Legaldefinitionen abweichende Begrifflichkeiten verwendet werden und dem Gebot der Normenklarheit (hinsichtlich übermittelnder Stellen und Empfänger) nicht hinreichend Rechnung getragen wird.

Zu Nummer 85 Artikel 1 Nr. 195 Buchstabe b **Doppelbuchstabe cc** (§ 291a Abs. 7 Satz 6 SGB V)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Zusätzliche finanzielle Auswirkungen für die landesunmittelbaren Krankenkassen sind nicht zu erwarten, da die gematik schon nach derzeit geltendem Recht von den Krankenkassen refinanziert wird. Die Regelung betrifft lediglich die Verordnungsermächtigung zur Anpassung des bereits in § 291a Abs. 7 Satz 5 festgelegten Betrags zur Finanzierung der gematik.

Zu Nummer 86 Artikel 1 Nr. 209 (§ 305a Satz 4, 4a – neu – und 5 SGB V)

Der Intention des Vorschlags, Steuerungsmöglichkeiten für befugte Kreise besonders von Rabattverträgen und für besondere Versorgungsformen aufrechtzuerhalten, stimmt die Bundesregierung zu. Es sollten Regelungen zur Regionalisierung der Daten unterhalb der KV-Ebene getroffen werden.

Zu Nummer 87 Artikel 1 Nr. 212 (§ 315 – neu – SGB V)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu Nummer 88 Artikel 2 Nr. 6a – neu – (§ 73 Abs. 6 SGB V),

Nr. 9a – neu – (§ 85 Abs. 3f – neu – SGB V),
Nr. 15a – neu – (§ 121 Abs. 2 und 3 SGB V),
Artikel 19 Nr. 01 – neu – (§ 2 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG),
Nr. 02 – neu – (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 – neu – KHEntgG),
Nr. 2 (§ 8 Abs. 2 Satz 2 – neu – und Abs. 9 KHEntgG),
Nr. 4a – neu – (§ 10 Abs. 7 Satz 01 – neu – KHEntgG),
Nr. 4b – neu – (§ 18 Abs. 1 – neu – KHEntgG),
Nr. 4c – neu – (§ 19 Abs. 1 bis 5 KHEntgG),
Artikel 20 Nr. 01 – neu – (§ 2 Abs. 1 BPfIV),
Nr. 1a – neu – (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 9 – neu – BPfIV) und
Artikel 46 Abs. 9 – neu – (Inkrafttreten)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Es ist im geltenden Rechtsrahmen realisierbar, dass mit einer Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Regelung) die bestehenden Probleme bei der belegärztlichen Vergütung gelöst werden können.

Zu Nummer 89 Artikel 2 Nr. 14 (§ 91 SGB V)

Dem Vorschlag wird teilweise zugestimmt. Die Professionalisierung und Stärkung der Stringenz der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses soll insbesondere durch die Einführung einer in der Regel hauptamtlichen Wahrnehmung der Tätigkeit durch den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums gestärkt werden. Die von den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums sollen ihr Amt dagegen weiterhin ehrenamtlich ausüben.

Abgelehnt wird die mit dem Vorschlag vorgesehene Beteiligung des Bundesrates bei der Rechtsverordnung für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Bei den in der Rechtsverordnung zu treffenden Regelungsinhalten handelt es sich um organisatorische und strukturelle Vorgaben für ein Gremium auf Bundesebene. Die Formulierung der Rechtsverordnungsermächtigung umfasst gerade keine Vorgaben für das Gremium zu inhaltlichen Fragen des Versorgungsgeschehens.

Zu Nummer 90 Artikel 5 Nr. 3 (§ 28f Abs. 4 Satz 2 und 2a – neu – SGB IV)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Bildung von Weiterleitungsstellen ist im Gesetzentwurf in die Hände der Krankenkassen gegeben worden. Nach welchen Kriterien dies erfolgt, sollte nicht vorgegeben werden. Eine regionale Eingrenzung ist fachlich abzulehnen.

Zu Nummer 91 Artikel 15 Nr. 17 Buchstabe b (§ 34 Abs. 2 KVLG 1989),

Nr. 18 (§ 37 Abs. 2 KVLG 1989),

Nr. 19 Buchstabe a und b (§ 38 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 2 bis 4 KVLG 1989) und

Artikel 16 Nr. 3 (§ 34 Abs. 2 KVLG 1989)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Mit der Regelung soll die bis zu der Gesundheitsreform 2006 vorübergehend im Übergangsrecht enthaltene Beteiligung der aktiven Mitglieder am Defizit der Krankenversicherung der Altenteiler in sachgerechter Weise in das Dauerrecht übernommen werden. Hiervon geht auch der Bundeshaushalt 2007 aus, dem der Bundesrat am 15. Dezember 2006 zugestimmt hat.

Zu Nummer 92 Artikel 15 Nr. 21 Buchstabe a (§ 40 Abs. 1 Satz 4a KVLG 1989)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu Nummer 93 Artikel 18 Nr. 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa1 – neu – (§ 17b Abs. 1 Satz 7 – neu – KHG)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 94 Artikel 21 Nr. 7 (§ 20 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Ergänzung der Vorschrift um eine belegärztliche Tätigkeit entspricht nicht dem bisherigen Regelungscharakter der Regelung. Maßgeblich für die Einbeziehung einer Tätigkeit im Rahmen eines Vertrags nach den §§ 73b, 73c oder 140b ist, dass der Vertragsarzt auch bei seiner Tätigkeit im Rahmen eines solchen Vertrags für die ambulante Versorgung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht. Bei der belegärztlichen Tätigkeit handelt es sich aber gerade nicht um eine ambulante Versorgung, sondern vielmehr um stationäre Versorgung. Hierfür sollten auch weiterhin die bislang geltenden Regelungen Anwendung finden, die es einem Vertragsarzt nach derzeitiger Rechtsprechung ermöglichen, bis zu 13 Wochenstunden in einem Krankenhaus tätig zu sein. Möchte ein Vertragsarzt über diese Stundenzahl hinaus in einem Krankenhaus tätig sein, hat er seine Zulassung auf eine Teilzulassung zu reduzieren, wie im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ausdrücklich vorgesehen, da er anderenfalls nicht im erforderlichen Maße zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht, obwohl er im Rahmen der Bedarfsplanung mit einer vollen Stelle gewertet wird.

Zu Nummer 95 Artikel 22 Nr. 9a – neu – (§ 20 Abs. 1 Satz 2 – neu – Zahnärzte-ZV)

Dem Vorschlag wird mit Ausnahme der Einbeziehung der Tätigkeit als Belegarzt nach § 121 SGB V zugestimmt. Hinsichtlich der Nichteinbeziehung der Belegärzte wird auf die Ausführungen zu Artikel 21 Nr. 7 Bezug genommen.

Zu Nummer 96 Artikel 30 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 3 (§ 10 Abs. 11 und § 11 Abs. 7 AMG),
Nr. 6 (§ 97 Abs. 2 Nr. 5a AMG) und
Artikel 35 (§ 14 Abs. 1 Satz 2 ApBetrO)

Der Vorschlag zur Streichung von § 11 Abs. 7 Satz 3 – neu – AMG wird geprüft. Im Übrigen wird der Vorschlag abgelehnt.

Die Änderungen der §§ 10 und 11 AMG haben nur die Auseinzelung von aus – verkehrsfähigen – Human-Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen zum Gegenstand. Zentrale Vorschriften über die Verkehrsfähigkeit von Fertigarzneimitteln sind die §§ 21 und 39 AMG. Danach dürfen Fertigarzneimittel nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie von den zuständigen Bundesoberbehörden nach entsprechender Prüfung zugelassen bzw. registriert wurden oder für sie nach dem Gemeinschaftsrecht eine Genehmigung zum Inverkehrbringen erteilt wurde. Insoweit ermöglichen die Änderungen nicht die Auseinzelung aus ungeprüfter bzw. nicht für die Abgabe an den Endverbraucher verkehrsfähiger „Bulk-“ oder „Schüttware“.

Zur Gewährleistung einer sicheren Arzneimittelanwendung stellt § 11 Abs. 7 Satz 1 – neu – AMG daneben klar, dass ausgeeinzelte Arzneimittel grundsätzlich nur mit einer Ausfertigung der Packungsbeilage desjenigen Fertigarzneimittels abgegeben werden dürfen, aus dem sie entnommen werden.

Zu Nummer 97 Artikel 30 Nr. 5 Buchstabe a, b und c (§ 78 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 1 AMG), **Artikel 32 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und bb** (§ 3 Abs. 1 Satz 1 und 2 AMPPreisV), **Nr. 4** (§ 4 Abs. 1 und 3 Satz 1 AMPPreisV), **Nr. 5** (§ 5 Abs. 1, 3 Satz 1 und 2, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 AMPPreisV) und **Nr. 7 Buchstabe a** (§ 10 Abs. 1 AMPPreisV)

Die Bundesregierung stimmt der Intention des Vorschlags zu, das Dienstleistungshonorar der Apotheken festzuschreiben.

Zu Nummer 98 Artikel 34 (§ 5b Abs. 4 BtMVV) und **Artikel 32 Nr. 3 Buchstabe c** (§ 3 Abs. 6 AMPPreisV)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Es trifft nicht zu, dass die Verfolgbarkeit des Betäubungsmittels bei einer Verschreibung für einen anderen Patienten oder bei Rückgabe an die Apotheke nicht mehr gegeben wäre. Vielmehr hat der Arzt sowohl die Zweitverschreibung als auch die Rückgabe gemäß § 5 Abs. 10 BtMVV zu dokumentieren, so dass der Verbleib und die Verwendung des Betäubungsmittels lückenlos verfolgbar ist.

Es trifft auch nicht zu, dass die Qualität des Betäubungsmittels unter den Bedingungen einer längerfristigen Lagerung in Heimen und Hospizen nicht gewährleistet wäre. Nach dem geltenden § 5b Abs. 3 BtMVV trägt der Arzt auch jetzt schon die Verantwortung für die Qualität der im Alten- und Pflegeheim oder dem Hospiz gelagerten Betäubungsmittel. Dies gilt sowohl für die Anwendung als auch für die Weiterverwendung des Betäubungsmittels.

Die vorgeschlagene Streichung des Artikels 34 steht im Widerspruch zu mehreren Beschlüssen des Bundesrates, in denen er die Bundesregierung aufgefordert hatte, eine Regelung über die Weiterverwendung von Betäubungsmitteln in Hospizen zu schaffen.

Zu Nummer 99 Artikel 41 Nr. 3 – neu – (§ 9 Abs. 2 Nr. 1 – neu – und Nr. 4 – neu – AAG)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu Nummer 100 Artikel 43 Nr. 1 (§ 178b Abs. 1a VVG)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die gesamtschuldnerische Haftung führt keinesfalls zu der im Antrag behaupteten Einführung des Sachleistungsprinzips in der PKV, sondern dazu, dass das Versicherungsunternehmen durch Zahlung an den Leistungserbringer von seiner Pflicht zur Leistung an den Versicherungsnehmer befreit wird. Indem den Leistungserbringern das Forderungsausfallrisiko genommen wird, wird die Akzeptanz, Privatversicherte im Basistarif zu behandeln, erhöht. Es ist bereits gängige Praxis, dass die Begleichung größerer Rechnungen unmittelbar zwischen den Leistungserbringern und PKV-Unternehmen erfolgt, d. h. die Versicherungsnehmer selbst nicht mehr in Vorkasse treten.

Zu Nummer 101 Artikel 44 Nr. 5 Buchstabe b (§ 12 Abs. 1b Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 Nr. 3 – neu – VAG)

Der Vorschlag wird in dieser Form abgelehnt, denn er löst das Problem der wachsenden Zahl Nichtversicherter nicht: Nichtversicherte, die weniger als die Hälfte ihrer Lebenszeit im Ausland verbracht haben oder die vorgesehene Frist von sechs Monaten verstreichen lassen, bleiben weiter ohne Versicherungsschutz und fallen ggf. – im Falle schwerer Erkrankungen und dadurch eintretender Bedürftigkeit – der Allgemeinheit zur Last. Die Bundesregierung prüft jedoch, wie möglichem Missbrauch durch andere Maßnahmen begegnet werden kann.

Zu Nummer 102 Artikel 44 Nr. 5 Buchstabe b (§ 12 Abs. 1c Satz 1 bis 3 VAG) und **Nr. 7** (§ 12g Abs. 1 Satz 3 VAG)

Die Festlegung eines Höchstbetrags im PKV-Basistarif dient der Umsetzung der in den Eckpunkten der Regierungskoalitionen zur Gesundheitsreform vereinbarten Ziels der „bezahlbaren Prämie“. Ohne eine solche, für den PKV-Standardtarif bereits bekannte Höchstgrenze ließe sich das vorgenannte Ziel nicht erreichen. Gleiches gilt für die im Gesetzentwurf vorgesehene Beitragsreduktion im Falle von Hilfebedürftigkeit. Zudem sind finanzielle Folgen für die öffentlichen Haushalte des Bundes und der Kommunen durch Beitragszahlungen für Hilfebedürftige nach dem Zweiten bzw. Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. Die Bundesregierung prüft jedoch, inwieweit es Anpassungen bei den Regelungen zur Beitragsbegrenzung bedarf.

Zu Nummer 103 Artikel 45a – neu – (§ 3 Nr. 11 Satz 4 – neu – EStG)

Die Bundesregierung stimmt der inhaltlichen Zielsetzung des Antrags zu. Die Bundesregierung empfiehlt dazu folgende, mehr dem Sprachgebrauch in § 3 EStG angepasste Formulierung:

Den Bezügen aus öffentlichen Mitteln wegen Hilfsbedürftigkeit gleichgestellt sind Beitragsermäßigungen und Prämienrückzahlungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung für nicht in Anspruch genommene Beihilfeleistungen.

Zu Nummer 104 Artikel 46 Abs. 5 (Inkrafttreten)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Verschiebung des Inkrafttretens der §§ 20a, 20b und 20d vom 1. April 2007 auf den 1. Januar 2008 wird nicht begründet; es ist auch kein Grund dafür ersichtlich.

Die in der Begründung erwähnte Verschiebung des Inkrafttretens des § 20c kommt im Vorschlag selbst nicht zum Ausdruck. Denn dort wird § 20c ausdrücklich nicht erwähnt. Vorschlag und Begründung decken sich mithin nicht.