

## **Bericht\***

**des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

- 1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
– Drucksache 16/3100 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

- 2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung  
– Drucksachen 16/3950, 16/4020 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

- 3. zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates  
– Drucksache 16/1037 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung von Fusionsprozessen von Krankenkassen**

- 4. zu dem Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 16/1928 –**

**Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs – Für eine leistungsfähige Krankenversicherung**

- 5. zu dem Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
– Drucksache 16/1997 –**

**Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen**

- 6. zu dem Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 16/3096 –**

**Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben**

---

\* Die Beschlussempfehlung ist gesondert mit Drucksache 16/4200 verteilt worden.

## Bericht der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Dr. Carola Reimann, Heinz Lanfermann, Frank Spieth und Birgitt Bender

### I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 16/3100**, den Gesetzentwurf auf **Drucksache 16/1037** und den Antrag auf **Drucksache 16/3096** in seiner 61. Sitzung am 27. Oktober 2006 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Die Vorlagen auf Drucksachen 16/3100 und 16/3096 hat er außerdem an den Innenausschuss, den Rechtsausschuss, den Finanzausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Verteidigungsausschuss, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung sowie – betreffend die Drucksache 16/3096 – an den Haushaltsausschuss zur Mitberatung überwiesen. Der Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 wurde ausschließlich gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/1037 hat er zur Mitberatung an den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

In seiner 75. Sitzung am 17. Januar 2007 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf **Drucksachen 16/3950, 16/4020** in erster Lesung beraten und analog zum gleichlautenden Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 überwiesen.

Den Antrag auf **Drucksache 16/1928** und den Antrag auf **Drucksache 16/1997** hat der Deutsche Bundestag in seiner 43. Sitzung am 29. Juni 2006 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Den Antrag auf Drucksache 16/1997 hat er zudem an den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie zur Mitberatung überwiesen.

### II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu den Nummern 1 und 2

Mit den beiden gleichlautenden Gesetzentwürfen soll das Gesundheitssystem neu strukturiert und wettbewerblicher ausgerichtet werden. Insbesondere werden folgende Ziele verfolgt:

- Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV),
- Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellung für die Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähig-

keit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,

- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassen- und auf Leistungserbringenseite sowie Straffung der Verbandsstrukturen,
- Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV bei Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,
- Verbesserung der Wahl- und Wechsellmöglichkeiten in der PKV.

Wesentliche Änderungen betreffen folgende Themenbereiche:

Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen. Für Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen Versicherungsschutz im Basis-tarif anzubieten.

Der Umfang des bestehenden Leistungskatalogs in der GKV bleibt im Wesentlichen bestehen. Dafür wird künftig die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Verhalten besonders betont. In Zukunft gilt für chronisch kranke Versicherte nur dann eine reduzierte Zuzahlungsbelastungsgrenze, wenn sie vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben.

Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und stärker wettbewerblicher ausgestaltet. Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten künftig Wahltarife anzubieten. Hierzu gehören spezielle Tarife bei Nutzung von Angeboten besonderer Versorgungsformen oder die Teilnahme an besonderen Versicherungsverträgen. Die Krankenkassen können auch fakultative Selbstbehalttarife in begrenzter Höhe oder einen Kostenerstattungstarif anbieten. Alle Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig spezielle Hausarzttarife anbieten. Die Möglichkeiten für Versicherte, Kostenerstattung zu wählen, werden flexibilisiert und entbürokratisiert. Versicherte können künftig Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die entsprechend zertifiziert sind, eigenständig auswählen.

Künftig können Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Kassen in erweitertem Umfang mit Ärzten besondere Vereinbarungen treffen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen. Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt und ausgebaut. Die Pflege wird in die integrierte Versorgung eingebun-

den. Krankenhäuser können künftig – ohne an weitere Voraussetzungen gebunden zu sein – im Rahmen der integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen, Leistungen zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen.

Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der GKV an der Stabilisierung des Gesundheitssystems zu beteiligen, sollen sie zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen herangezogen werden.

Der Preiswettbewerb bei Arzneimitteln wird gestärkt. Sozialleistungsträger oder private Krankenversicherungen können für jedes Arzneimittel mit dem pharmazeutischen Unternehmer Preisnachlässe auf seinen Abgabepreis vereinbaren. Krankenkassen können Anreize für Ärzte schaffen, solche Vertragslieferanten der Krankenkassen bevorzugt zu verordnen. Für die Versorgung mit wirkstoffgleichen Arzneimitteln kann jede Krankenkasse die Anbieter künftig durch Verträge auswählen; die Apotheken sind an diese Vertragslieferanten gebunden. Die Arzneimittelpreisverordnung soll auf Höchstpreise umgestellt werden. Für neue Arzneimittel sollen die Mehrkosten nicht höher sein als ihr zusätzlicher Nutzen. Daher wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Die Verordnung von Arzneimitteln, bei denen aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise spezielle Fachkenntnisse erforderlich sind, muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen (Zweitmeinung).

Die von Budgets und floatenden Punktwerten geprägte Honorarsystematik wird abgelöst durch eine Euro-Gebührenordnung. Diese wird – für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich nach unterschiedlichen Kriterien entwickelt – Pauschalvergütungen in Kombination mit einer überschaubaren Zahl von Einzelleistungsvergütungen vorsehen.

Der Gesetzentwurf enthält zudem Elemente einer Verbesserung der Prävention im System der gesundheitlichen Versorgung. So werden die Selbsthilfe und die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt und Schutzimpfungen als Pflichtleistungen der Krankenkassen festgelegt.

An den Schnittstellen zum Leistungssystem der Pflegeversicherung werden der Anspruch auf geriatrische Rehabilitation und die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung sowie die neue spezialisierte Palliativversorgung und Verbesserungen bei der Hilfsmittelversorgung und der häuslichen Krankenpflege verankert. Versicherte in der GKV haben künftig Anspruch auf empfohlene Schutzimpfungen. Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden von Satzungs- und Ermessensleistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen. Häusliche Krankenpflege wird künftig auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt.

Alle Krankenkassen werden zum 1. Januar 2009 geöffnet. Für geschlossene Betriebskrankenkassen gilt eine Ausnahmeregelung. Ab 1. April 2007 werden kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht. Alle Krankenkassen bilden künftig auf Bundesebene einen Spitzenverband, der die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vertritt. Im Gemeinsamen Bundesausschuss sollen künftig auch weisungsunabhängige hauptamtliche Mitglieder, die von Trägerorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung benannt werden, vertreten sein.

Es wird ein Gesundheitsfonds eingerichtet, aus dem die Kassen künftig für ihre Versicherten neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag erhalten. Die Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen werden per Rechtsverordnung festgelegt. Der Beitrags-eintrag bleibt bei den Krankenkassen. Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine Konvergenzphase eingeführt, in der die unterschiedlichen Belastungen durch die Verteilungsmechanismen des Fonds in jährlichen Schritten von maximal 100 Mio. Euro bezogen auf alle im Bereich eines Landes tätigen Krankenkassen angeglichen werden. Krankenkassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Sie erhalten die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, darf dieser Zusatzbeitrag 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds nicht überschreiten. Davon abweichend wird der Zusatzbeitrag bis zu einem Betrag von monatlich 8 Euro ohne Einkommensprüfung erhoben.

Der Bundeszuschuss an die GKV wird fortgeführt. Im Haushaltsjahr 2008 soll ein Zuschuss in Höhe von 1,5 Mrd. Euro an die Krankenkassen gezahlt und im Jahr 2009 von 3 Mrd. Euro aus Haushaltsmitteln in den Gesundheitsfonds fließen. Der Bundeszuschuss soll in den Folgejahren weiter ansteigen.

Durch die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV und die Schaffung eines PKV-Basistarifs werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten in der PKV ausgeweitet. Der Leistungsumfang des Basistarifs ist bei allen Anbietern gleich. Der Inhalt wird durch eine Verweisung auf die Pflichtleistungen der GKV definiert. Der Beitrag für den Basistarif wird der Höhe nach begrenzt. Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Es gelten ein Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung. Um eine nicht behebbare Risikoselektion zu verhindern, wird ein branchenweiter Risikoausgleich eingeführt.

Der Bundesrat hat in seiner 829. Sitzung am 15. Dezember 2006 zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes Stellung genommen. Seine Bedenken und Änderungswünsche sind in der Stellungnahme auf Drucksache 16/3950 in insgesamt 104 Punkten zusammengefasst. Unter anderem fordert die Länderkammer, die finanziellen Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Länder darzulegen. Sie verlangt darüber hinaus, die Frist zur Entschuldung der Kassen generell auf Ende 2008 zu verschieben. Die geplante Ausdehnung des Risikostrukturausgleichs auf 50 bis 80 Krankheiten hält die Länderkammer für nicht ausreichend. Der Bundesrat lehnt den vorgesehenen 1-prozentigen Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser ab. Er schlägt des Weiteren vor, die Wahlmöglichkeiten für Tarifoptionen in der GKV auszudehnen. Bei der Bestimmung des bundeseinheitlichen Beitragsatzes wollen die Länder mitreden.

Weitere Vorschläge der Länder beziehen sich auf die Ausgestaltung der Regelungen über die geplante Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, die Festlegung eines Erstattungshöchstbetrages für innovative festbetrags-

freie Arzneimittel und die Verordnung besonderer Arzneimittel nur mit Votum eines zweiten Arztes. Für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel wird eine Anhebung des Apothekenrabatts von 2 auf 2,3 Euro je Arzneimittel vorgeschlagen. Im Gegenzug soll die gesetzliche Festsetzung der Dienstleistungshonorare der Apotheken fortgeführt werden. Für inakzeptabel hält der Bundesrat die geplanten Kürzungen beim Rettungsdienst. Bedenken gibt es auf Länderseite einerseits gegen die geplante generelle Einführung des Insolvenzrechts in der GKV, andererseits soll die Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die GKV erstreckt werden.

Für die PKV fordert der Bundesrat, das Inkrafttreten der Neuregelungen von 2008 auf Anfang 2009 zu verschieben und den Zugang zum neuen Basistarif zeitlich zu begrenzen. Die Prämien des Basistarifs sollen bedarfsgerecht kalkuliert und nicht durch den GKV-Höchstbetrag gedeckelt werden. Die Öffnung der See-Krankenkasse will der Bundesrat auf den 1. Januar 2009 verschieben.

In ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 16/4020 lehnt die Bundesregierung die Vorschläge zwar überwiegend ab, in einigen wesentlichen Punkten kündigt sie aber deren Übernahme an. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen hinsichtlich der Methoden und Verfahren der Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel, des Arzneimittelhöchstbetrages und der Einholung einer Zweitmeinung bei speziellen Präparaten sollen entsprechend den Intentionen des Bundesrates verändert werden. Ebenso wird der Vorschlag zum Erhalt der Festschreibung des Dienstleistungshonorars der Apotheken und im Gegenzug die Erhöhungen des Apothekenrabatts aufgegriffen. Die Voraussetzungen für die Einholung einer Zweitmeinung bei Verordnung spezieller Präparate sollen präzisiert werden. Am 1-prozentigen Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser will die Regierung zwar grundsätzlich festhalten, ihn aber hinsichtlich einer möglichen Differenzierung prüfen. Außerdem soll der 3-prozentige Abschlag für Rettungsfahrten entfallen.

Im Hinblick auf die so genannte Konvergenzklausel, die die Mehrbelastung der Krankenkassen einzelner Länder auf 100 Mio. Euro begrenzen soll, will die Bundesregierung dem Anliegen der Länder nachkommen und die finanziellen Auswirkungen sobald als möglich darlegen. Prüfen wird die Bundesregierung, inwieweit die Regelungen des Wettbewerbsrechts auf die Krankenkassen übertragen werden können. Zu den Bedenken der Länderseite gegen die geplante generelle Einführung des Insolvenzrechts in der GKV kündigt sie Vorschläge für eine Grundsatzentscheidung an, die dann in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren umgesetzt werden sollen. Im Hinblick auf die Gewährung finanzieller Hilfen an die Krankenkassen wird die Bundesregierung eine gesetzliche Klarstellung des Begriffs Verschuldung prüfen. Schließlich wird der Forderung der Länder nach stärkerer Professionalisierung und Stringenz der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Einführung einer in der Regel hauptamtlichen Tätigkeit des unparteiischen Vorsitzenden und der zwei weiteren unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums nachkommen.

#### Zu Nummer 3

In dem Gesetzentwurf des Bundesrates wird kritisiert, dass Fusionen gesetzlicher Krankenkassen zwar von den Auf-

sichtsbehörden des Bundes und/oder der Länder genehmigt werden müssten, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aber keine inhaltlichen Vorgaben enthalte, die als Grundlage für die Prüfung eines Vereinigungsbeschlusses von zwei oder mehr Krankenkassen herangezogen werden können. Eine Konkretisierung der Bestimmungen über die Fusionsvoraussetzungen sei geboten, um Transparenz bei den Auswirkungen von Fusionen auf die regionalen Versorgungsstrukturen, auf die Leistungsfähigkeit und auf die wirtschaftliche Situation (Beitragssatz) der künftigen, fusionierten Krankenkasse herzustellen.

#### Zu Nummer 4

Nach Auffassung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind die Ansätze der Koalitionsfraktionen und der Bundesregierung zur Reform der GKV, insbesondere der zentrale Gesundheitsfonds, verfehlt. Die Einbindung der PKV sei unzureichend. Bezieher niedriger Einkommen würden durch den Zusatzbeitrag überproportional belastet. Das Konzept für die steuerfinanzierten Zuschüsse sei unzureichend. Insgesamt könnten die Pläne für Strukturereformen, die für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit innerhalb des Gesundheitswesens sorgen sollen, nicht überzeugen.

Solche Reformen – dazu gehörten die Ablösung des Kollektivvertragssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung, die Aufhebung des Mehrbesitzverbots für Apotheken oder auch mehr Wettbewerb zwischen den Pharmaunternehmen – seien aber dringend erforderlich, um Versorgungsprobleme zu lösen und übermäßige Belastungen der Versicherten infolge der steigenden Anforderungen an das Gesundheitswesen zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund solle der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern, einen Gesetzesentwurf für eine Gesundheitsreform vorzulegen, der die Finanzierungsgrundlagen der GKV langfristig stärkt, ihren Solidarcharakter erhält und ausbaut und die Rahmenbedingungen für einen an Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Wettbewerb verbessert.

#### Zu Nummer 5

Die Fraktion der FDP ist der Ansicht, dass die vorgelegten Entwürfe eines GKV-Wettbewerbsgesetzes den Zielen, die Finanzierung der GKV längerfristig auf tragfähige Fundamente zu stellen, die Lohnzusatzkosten zu senken und den Wettbewerb zu stärken, nicht gerecht wird. Sie seien in ihren derzeitigen Strukturen nicht geeignet, für die nächsten Jahrzehnte einen bezahlbaren Versicherungsschutz für den Krankheitsfall auf hohem Niveau zu gewährleisten. Weder werde in irgendeiner Form Vorsorge dafür getroffen, dass die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung immer weiter auseinander geht. Noch werde die konjunkturanfällige und den Arbeitsmarkt belastende Anbindung der Beiträge an die Löhne und Gehälter beseitigt. Auch würden die Beitragssätze nicht sinken. Die Mehrwertsteuererhöhung zum 1. Januar 2007 sowie der wegfallende Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen entzögen der GKV jährlich mehr als 5 Mrd. Euro und führten zu weiteren Beitragssatzerhöhungen. Der Wettbewerb werde nicht wie behauptet gestärkt, sondern den Krankenkassen werde ein wichtiger

Wettbewerbsparameter, die Beitragsgestaltung entzogen und die – bisher schon völlig unzureichende – Leistungsgestaltung durch Umwandlung von Satzungs- in Pflichtleistungen noch weiter eingengt. Auch im Bereich der PKV komme es mit dem Basistarif zu einem Einheitsangebot ohne Gestaltungsmöglichkeiten. Nach wie vor werde der Weg in eine Einheitsversicherung beschränkt. Die Entwürfe führten mit ihrer Zentralisierung und Vereinheitlichung in die falsche Richtung. Notwendig sei vielmehr ein grundlegendes Umsteuern, das die Schwächen des derzeitigen Systems, auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt, beseitigt. Hierzu zählten insbesondere die

- Verpflichtung lediglich zu einer Grundversorgung,
- freie Wahl des Versicherers und des Tarifs,
- soziale Flankierung über das Steuer- und Transfersystem,
- Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages als Lohnbestandteil,
- Transparenz durch Kostenerstattung,
- Erhöhung der Effizienz durch Stärkung des Wettbewerbs auf der Versicherungs- und der Leistungserbringerseite sowie entsprechender Anreize für die Versicherten und
- der Aufbau von Altersrückstellungen.

Zu Nummer 6

Nach Ansicht der Fraktion DIE LINKE. haben sich die Grundprinzipien der GKV – Solidarausgleich, Parität, Sachleistungsprinzip, Umlageverfahren, Kontrahierungszwang – bewährt. Die finanziellen Grundlagen seien aber angesichts der leistungs- wie finanzseitigen Herausforderungen weiterzuentwickeln. Gleichzeitig zum bestehenden Einnahmeproblem, das sich in den letzten Jahren insbesondere aufgrund der sinkenden Lohnquote verschärft habe, werde im deutschen Gesundheitssystem zu wenig, zu viel oder falsch behandelt. Unzweckmäßige Leistungen und Arzneimittel verursachten jährliche Kosten von über 10 Mrd. Euro. Die Ursachen für die bestehenden Probleme lägen in falschen finanziellen Anreizstrukturen, fehlender Integration der Versorgungssektoren, unzureichender Qualitätssicherung, mangelhafter Prävention sowie Intransparenz. Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik und vermehrte Privatisierungen stellten die Grundlagen des solidarischen und sozialen Systems in Frage.

Mit den Gesetzentwürfen werde ein falscher Weg beschränkt, denn das vorrangige Ziel, die Finanzierung der GKV nachhaltig zu sichern, werde nicht erreicht. Notwendig hierfür seien die Verbreiterung der Finanzierungsbasis auf alle Bürgerinnen und Bürger sowie der Einbezug weiterer Einkommensarten. Stattdessen würden die einseitigen Belastungen für die Versicherten der GKV fortgeschrieben und geringe Einkommen durch die Kopfpauschale überproportional belastet. Ein fairer Wettbewerb der Kassen könne nicht entstehen, da die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs weiterhin ausstehe. Gleichzeitig würden mit Wahltarifen und Selbstbehalten in der GKV letztlich das Teilkaskoprinzip für Gesunde und Vollkaskoprinzip für Kranke eingeführt und damit wesentliche Elemente des bewährten Systems preisgegeben.

### III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Innenausschuss** hat in seiner 29. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD und den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3950 anzunehmen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 16/3096 abzulehnen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 45. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD anzunehmen. Weiterhin empfiehlt er einvernehmlich den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/3950 und 16/4020 für erledigt zu erklären und mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 16/3096 abzulehnen.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 45. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, die Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/3100 und 16/3950 anzunehmen. Ferner empfiehlt er den Antrag auf Drucksache 16/3096 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 28. Sitzung am 31. Januar 2007 mit der Mehrheit der Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE., BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und einer Stimme aus der Fraktion der CDU/CSU beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sowie den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/3950 und 16/4020 anzunehmen. Ferner empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/1037 sowie mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Anträge auf Drucksachen 16/1997 und 16/3096 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 36. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD anzunehmen. Weiterhin empfiehlt er einvernehmlich

den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/3950 und 16/4020 für erledigt zu erklären. Ferner empfiehlt er den Antrag auf Drucksache 16/3096 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 39. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Mehrheit der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE., BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und einer Stimme aus der Fraktion der CDU/CSU beschlossen zu empfehlen, die Gesetzentwürfe auf Drucksachen 16/3100 und 16/3950 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD anzunehmen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 16/3096 abzulehnen.

Der **Verteidigungsausschuss** hat in seiner 33. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD in Abwesenheit der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD anzunehmen. Weiterhin empfiehlt er einvernehmlich den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 16/3950 und 16/4020 für erledigt zu erklären sowie mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. den Antrag auf Drucksache 16/3096 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 27. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD anzunehmen. Weiterhin empfiehlt er einvernehmlich den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 16/3950 und 16/4020 für erledigt zu erklären und den Gesetzentwurf des Bundesrates auf Drucksache 16/1037 abzulehnen. Mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfiehlt der Ausschuss den Antrag auf Drucksache 16/3096 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 27. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD anzunehmen. Weiterhin empfiehlt er einvernehmlich den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 16/3950 und 16/4020 für erledigt zu erklären. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 16/3096 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 36. Sitzung am 31. Januar 2007 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 16/3096 zu empfehlen.

#### IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im Ausschuss für Gesundheit

##### A. Allgemeiner Teil

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100, dem Antrag auf Drucksache 16/1928, dem Antrag auf Drucksache 16/1997 und dem Antrag auf Drucksache 16/3096 in seiner 28. Sitzung am 27. Oktober 2006 aufgenommen und die Durchführung öffentlicher Anhörungen beschlossen.

Der erste Teil der öffentlichen Anhörungen fand in der 29. Sitzung am 6. November 2006 statt und betraf das Versicherungs- und Leistungsrecht. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), IKK-Bundesverband, Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Bund Deutscher Hebammen e. V. (BDH), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Hausärztlicher Internisten e. V. (BHI), Bundesverband Kinderhospiz e. V., Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V. (BfHD), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Hospiz Stiftung, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Facharztverband e. V. (DFV), Deutscher Frauenrat e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Heilbäderverband e. V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen (DPR), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA),

Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. (HVBG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Netzwerk der Geburtshäuser in Deutschland, Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Dr. Thomas Menn, Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. Christoph Straub, Dr. Joachim Wilbers und Peter Zimmermann eingeladen.

Der zweite Teil der öffentlichen Anhörungen fand in der 30. Sitzung am 6. November 2006 statt und betraf die Organisation. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), IKK-Bundesverband, Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Betriebskrankenkassen im Unternehmen e. V. (BKK im Unternehmen), Bundesärztekammer (BÄK), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS), Bundeskartellamt, Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesversicherungsamt (BVA), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V. (ver.di).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Reimar Buchner, Prof. Dr. Reinhard Busse, Gerhard Schulte und Dr. Christoph Straub eingeladen.

Der dritte Teil der öffentlichen Anhörungen fand in der 32. Sitzung am 8. November 2006 statt und betraf die PKV. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), IKK-Bundesverband, Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Bund der Versicherten e. V. (BdV), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

(BaFin), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (dbb), Deutscher Frauenrat e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Verband der Krankenversicherten Deutschlands e. V. (VKVD), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. (PVS), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Peter Axer, Dr. Jens Holst, Prof. Dr. Ulrich Meyer, Dr. Albrecht Scheffler, Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski, Prof. Dr. Helge Sodan, Prof. Dr. Gregor Thüsing und Dr. Astrid Wallrabenstein eingeladen.

Der vierte Teil der öffentlichen Anhörungen fand in der 33. Sitzung am 13. November 2006 statt und betraf die medizinische Versorgung. Als sachverständige Verbände zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), IKK-Bundesverband, Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Hausärztlicher Internisten e. V. (BHI), Bundesverband Managed Care e. V. (BMC), Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e. V. (DGIV), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Facharztverband e. V. (DFV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzterverband e. V., Deutscher Pflegerat – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeberufsorganisationen (DPR), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V. (FVDZ), Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Marburger Bund Verband der ange-

stellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e. V. (VDAP), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Axel Azzola, Dr. Jürgen Bausch, Helmut Hildebrandt, Prof. Dr. Günter Neubauer und Dr. Ulrich Oesingmann eingeladen.

Als sachverständige Verbände zur Krankenhausversorgung waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), IKK-Bundesverband, Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V. (BNHO), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO), Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Managed Care e. V. (BMC), Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e. V. (BMVZ), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BV-Med), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e. V. (DGIV), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Facharztverband e. V. (DFV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB), Deutscher Städtetag, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e. V. (IVKK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., NAV-Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e. V. (VDAP), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände e. V. (VKA), Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V. (ver.di).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Ralf Michels, Klaus-Peter Murawski, Prof. Dr. Günter Neubauer, Prof. Dr. Peter Schröder und Dr. Hermann Schulte-Sasse eingeladen.

Als sachverständige Verbände zur weiteren medizinischen Versorgung waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), IKK-Bundesverband, Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (BITKOM), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP), Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesinnung der Hörgeräteakustiker (biha), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V. (PHAGRO), Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e. V. (BVKA), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für onkologische Pharmazie e. V. (DGOP), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Malteser gGmbH, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Facharztverband e. V. (DFV), Deutscher Generikaverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Taxi- und Mietwagenverband e. V. (BZP), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Eurocom – Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel e. V., Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Pro Generika e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., SPECTARIS Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Unternehmerverband privater Rettungsdienste e. V. (BKS), Verband der Diagnostica-Industrie e. V. (VDGH), Verband der Zytostatika herstellenden Apotheker und Apotheker mit Sterillabor in öffentlichen Apotheken e. V. (VZA), Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e. V. (VDAP), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände e. V.

(VKA), VHitG – Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e. V., Zentralverband der Augenoptiker (ZVA), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH), Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e. V. (ZVEI), Zentralverband Orthopädieschuhtechnik (ZVOS).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Gerd Glaeske, Bernhard F. Häusler, Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik, Ingeborg Simon, Prof. Dr. Jürgen Wasem und Prof. Dr. Eberhard Wille eingeladen.

Der fünfte Teil der öffentlichen Anhörungen fand in der 34. Sitzung am 14. November 2006 statt und betraf die Finanzierung. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), IKK-Bundesverband, Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (BITKOM), Bundesagentur für Arbeit (BA), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesversicherungsamt (BVA), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verband der Krankenversicherten Deutschlands e. V. (VKVD), Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e. V. (VDAP), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), VHitG – Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e. V.

Außerdem waren als Einzelsachverständige Dr. Reimar Buchner, Dr. Eckart Fiedler, Prof. Dr. Johannes Hager, Christian Hagist, Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Dr. Rolf Hoberg, Dr. Ellis E. Huber, Werner Schneider, Prof. Dr. Jürgen Wasem und Prof. Dr. Eberhard Wille eingeladen.

Auf die Wortprotokolle und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In der 35. Sitzung am 29. November 2006 hat der Ausschuss seine Beratungen fortgesetzt.

Über Fragen der Verfassungsmäßigkeit der für die PKV vorgesehenen Regelungen sowie mögliche europarechtliche Auswirkungen für das Fortbestehen der GKV beriet der Ausschuss in seiner 36. Sitzung am 13. Dezember 2006. Im Nachgang hierzu legten das Bundesministerium des Innern und das Bundesministerium der Justiz in Abstimmung mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit eine zusammenfassende Stellungnahme vor, die vom Bundesministerium des Innern und dem Bundesministerium der Justiz später noch einmal ergänzt wurde.

Zu den finanziellen Auswirkungen der Regelungen des Gesetzentwurfs auf die Länder lagen dem Ausschuss die Studie des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) „Ökonomischen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die

Bundesländer“ und das vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Gutachten der Professoren Bert Rürup und Eberhard Wille zu der IfMDA-Studie und zu der bereits früher vorgelegten fachlichen Bewertung des Bundesversicherungsamts vor.

In seiner 37. Sitzung am 15. Januar 2007 und der 39. Sitzung am 17. Januar 2007 hat der Ausschuss seine Beratungen fortgesetzt und dabei in der letztgenannten Sitzung auch die Beratungen des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/1037 aufgenommen. In der 40. Sitzung am 31. Januar 2007 hat der Ausschuss zudem die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/3950, 16/4020 aufgenommen, seine Beratungen insgesamt fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei einer Stimmenthaltung seitens der Fraktion der SPD die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/3100 in der von ihm geänderten Fassung. Den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/3950, 16/4020 sowie den Gesetzentwurf des Bundesrates auf Drucksache 16/1037 empfiehlt der Ausschuss einstimmig für erledigt zu erklären. Den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/1928 empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abzulehnen. Den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 16/1997 empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der FDP abzulehnen. Den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 16/3096 empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 16/3100 beschlossen. Im Bereich der GKV gibt es im Wesentlichen folgende Klarstellungen und Konkretisierungen:

Die Wahl der Kostenerstattung beschränkt auf den Einzelfall bleibt weiterhin ausgeschlossen. Hospizversorgung und Palliativversorgung werden weiter verbessert. Es wird ein zusätzlicher Wahltarif für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen eingeführt. Zudem werden in den arzneimittelrechtlichen Regelungen eine Reihe von Konkretisierungen und Klarstellungen vorgenommen. Für den Fall, dass schwere Erkrankungen im Rahmen von ambulanten klinischen Studien behandelt werden, erhalten Patientinnen und Patienten erstmals einen Rechtsanspruch auf Arzneimittelversorgung in der GKV.

In der Arzneimittelpreisverordnung entfällt die ursprünglich vorgesehene Höchstpreisregelung. Die Verantwortung von Apothekern für Rabattverträge entfällt. Das vorgesehene Einsparvolumen wird von den Apothekern durch die dauerhafte Erhöhung des Rabatts nach § 130 SGB V auf 2,30 Euro umgesetzt.

Neben der geriatrischen Rehabilitation und den Eltern-Kind-Kuren werden sämtliche Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu Regelleistungen.

Bei der Regelung zur Belastungsgrenze für Zuzahlungen (Chronikerregelung) entfällt für Versicherte, denen therapiegerechtes Verhalten nicht zumutbar ist, diese Bedingung. Diese können somit weiterhin von der Obergrenze von einem Prozent profitieren. Auch wird die Koppelung zwischen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und verringerter Belastungsgrenze erst zum 1. Januar 2008 wirksam, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die erforderlichen Ausnahmeregelungen definiert hat.

Die Regelungen zur ärztlichen Vergütungsreform werden vereinfacht und die einzelnen Umsetzungsschritte zeitlich gestreckt. Es wird deutlicher herausgestellt, dass ab dem 1. Januar 2009 das Ende der bisherigen Budgetierung erreicht wird. Die Regelungen zur Vergütung werden so angepasst, dass auch ab 2009 eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit gewährleistet ist; damit sind entsprechende Vorschläge des Bundesrates aufgegriffen worden. Durch eine Übergangsregelung für die Jahre 2007 bis einschließlich 2009 wird sichergestellt, dass die Unterversorgung schnell und wirksam abgebaut wird. Die Kassen haben die für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Unterversorgung benötigten finanziellen Mittel nunmehr voll zu tragen. Zudem wird die im geltenden Recht enthaltene Begrenzung des für Sicherstellungszuschläge aufgewendeten Finanzvolumens auf 1 Prozent der Gesamtvergütungen aufgehoben und es werden die Anforderungen an die Feststellung von Unterversorgung gesenkt.

An der Stärkung der hausärztlichen Versorgung wird festgehalten. Kassen werden verpflichtet, künftig flächendeckend einen Hausarzttarif anzubieten. Kassenärztliche Vereinigungen können dann Vertragspartner werden, wenn sie von Hausarztgemeinschaften, d. h. insbesondere den Hausarztverbänden, hierzu ermächtigt werden.

Es bleibt dabei, dass ein gemeinsamer Spitzenverband aller Krankenkassen eingerichtet wird. Hierbei vorgesehene Änderungen gewährleisten, dass der Übergang von den bisherigen Verbänden auf eine Institution reibungslos verläuft und die Interessen der Beschäftigten in den bisherigen Spitzenverbänden angemessen berücksichtigt werden.

Zur Vorbereitung der Einführung der Insolvenzfähigkeit für alle Krankenkassen müssen diese für ihre Verpflichtungen aus Versorgungszusagen vom 1. Januar 2010 an einen Kapitalstock bilden, um die Erfüllung dieser Verbindlichkeiten im Insolvenzfall sicherzustellen. Das Nähere wird in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren geregelt. Hiermit wurde gleichzeitig das Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen.

Auf den vorgesehenen Abschlag in Höhe von 3 Prozent bei den Leistungsausgaben für Kranken- und Rettungstransporte wird verzichtet. Dies entspricht einer Forderung des Bundesrates.

Der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser wird durch Minderung des Rechnungsabschlags der Krankenhäuser von 0,7 Prozent auf 0,5 Prozent (§ 8 KHEntgG) abgesenkt und bei psychiatrischen Einrichtungen, Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (§ 14 PflV) vollständig auf einen Rechnungsabschluss verzichtet. Damit wird teilweise eine Forderung des Bundesrates aufgegriffen.

Der Bundeszuschuss zur GKV soll in den kommenden Jahren kontinuierlich anwachsen. Daher wird vorgesehen, den Bundeszuschuss in den Jahren 2007 und 2008 auf jeweils 2,5 Mrd. Euro festzusetzen und danach in jährlichen Schritten von 1,5 Mrd. Euro bis auf 14 Mrd. Euro auszubauen.

Hinsichtlich des Wechsels von Arbeitnehmern in die PKV wird der Stichtag vom Tag der ersten Lesung des Gesetzentwurfs auf den Tag der dritten Lesung verschoben, ab dem die Kündigungen der GKV und der Wechsel zur PKV unwirksam sind, wenn die Versicherungspflichtgrenze nicht in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten wurde.

Ab 1. Januar 2009 wird in der PKV eine – anderen Absicherungen nachrangige – Pflicht zur Versicherung eingeführt. Eine Absicherung ist auch im nunmehr ab 1. Januar 2009 vorgesehenen Basistarif möglich. Eine Kündigung des Versicherungsvertrags durch das Versicherungsunternehmen ist nicht möglich. Im Falle der Nichtentrichtung von Beiträgen wird die Leistungspflicht des Versicherers auf das Nötigste beschränkt. Die Kündigung eines privaten Krankenversicherungsvertrags, der die Pflicht zur Versicherung erfüllt, durch den Versicherungsnehmer wird künftig erst wirksam, wenn eine neue Versicherung nachgewiesen wird. Bereits ab 1. Juli 2007 können sich Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, die früher privat versichert waren oder z. B. wegen selbständiger Berufstätigkeit der PKV zuzuordnen sind, im heutigen Standardtarif der PKV ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse versichern. Diese Versicherten wechseln ab 2009 in den neuen Basistarif, der Standardtarif wird Ende 2008 für den Neuzugang geschlossen. Im Standard- und ab 2009 dann im Basistarif wird die medizinische Behandlung zu festen aufgrund gesetzlicher Vorgaben bestimmter GOÄ/GOZ-Gebührensätze sichergestellt. Zu Höhe und Struktur der Vergütung können Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung abweichende Vereinbarungen treffen.

Hinsichtlich des Basistarifs wird klargestellt, dass die Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen der GKV vergleichbar sein müssen. Zugang zum Basistarif bei allen PKV-Unternehmen haben Nichtversicherte, die früher privat versichert waren oder gewesen wären sowie alle freiwillig GKV-Versicherten innerhalb von sechs Monaten. Bereits PKV-Versicherte erhalten ab 1. Januar 2009 für eine Dauer von sechs Monaten das Recht, unter Mitgabe ihrer Alterungsrückstellungen in den Basistarif eines Unternehmens ihrer Wahl zu wechseln.

Alle ab 1. Januar 2009 neu geschlossenen PKV-Verträge enthalten ein Wechselrecht in Tarife anderer Versicherungsunternehmen unter Mitgabe der Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs. Für privat Krankenversicherte mit vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen wird unter bestimmten Voraussetzungen ein Wechselrecht in den Basistarif des jeweiligen Unternehmens eingeführt: diese Versicherten können künftig ab dem 55. Lebensjahr, bei Anspruch auf eine gesetzliche Rente oder auf ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften oder im Falle finanzieller Not in den Basistarif des Unternehmens wechseln. In diesen Fällen werden die vollen Alterungsrückstellungen übertragen.

Durch die beschlossenen Änderungen wird das Einsparvolumen der Reform wie folgt verändert:

Im Arzneimittelbereich bleiben die im Gesetzentwurf geschätzten kalenderjährlichen Einsparungen von 1,1 Mrd. Euro bestehen. Der Wegfall der Gewährleistungspflicht der Apotheken für Einsparungen in Höhe von 500 Mio. Euro durch Rabattverträge beeinträchtigt das Einsparvolumen nicht, da die Möglichkeit zum Abschluss von Rabattverträgen mit pharmazeutischen Unternehmern erhalten und in alleiniger Zuständigkeit der Krankenkassen bleibt. Als Ausgleich für die Festschreibung der Apothekenhonorare wird der Apothekenrabatt an die Krankenkassen von 2 Euro auf 2,30 Euro je Packung erhöht, wodurch die Krankenkassen im 12-Monatszeitraum um 150 Mio. Euro entlastet werden.

Durch den Verzicht auf die Rechnungsabschlüsse bei Fahrkosten verringert sich das Einsparvolumen um rd. 100 Mio. Euro, davon um ca. 75 Mio. Euro in 2007.

Rund 120 Mio. Euro geringere Einsparungen resultieren aus einer Absenkung des Rechnungsabschlags für die Krankenhäuser von 0,7 auf 0,5 Prozent sowie den Verzicht für Rechnungsabschlüsse im Bereich der Psychiatrie.

Rund 15 Mio. Euro Mehrbelastungen ergeben sich durch die vollständige Finanzierung der Sicherstellungszuschläge in unterversorgten vertragsärztlichen Gebieten durch die Kassen, die bisher hälftig von Kassen und KV'en zu tragen sind.

Gewisse – allerdings nicht quantifizierbare Mehrausgaben – können aus der Umwandlung weiterer medizinischer Rehabilitationsleistungen von Ermessens- zu Pflichtleistungen resultieren, wobei zu erwarten ist, dass sich die in den letzten Jahren rückläufige Entwicklung in diesem Bereich verstetigen wird.

Insgesamt dürfte sich das geschätzte Einsparvolumen aufgrund dieser Änderungen im Jahr 2007 um rd. 0,2 bis 0,3 Mrd. Euro auf ca. 1,1 bis 1,2 Mrd. Euro verringern.

Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Anträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD wurde im Wesentlichen en bloc abgestimmt. Sie wurden jeweils mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen. Einzelnen zur Abstimmung gestellt wurden die folgenden Änderungen:

- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 33 (§ 53) betreffend Wahltarife wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen;
- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 93 (§ 127) betreffend Ausschreibungen bei Hilfsmitteln wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen;
- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 99 (§ 132a) betreffend die Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen;
- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 13) betreffend die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss

wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen;

- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 131 (§ 171b) betreffend die Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss weitere Änderungsanträge der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie ein Entschließungsantrag der Fraktion der FDP vor, die mehrheitlich abgelehnt wurden.

Die folgenden Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt:

Änderungsantrag Nr. 1

a) *Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert, die Nummerierung ändert sich entsprechend:*

aa) *Artikel 10: Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch*

bb) *Artikel 46: Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes*

cc) *Artikel 47: Inkrafttreten*

b) *Artikel 1 Nr. 2 erhält folgende Fassung:*

„§ 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„§ 5 Versicherungspflicht

(1) *Alle Menschen genießen im Rahmen der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung einen gesetzlichen Krankenversicherungsanspruch.*

(2) *Es gilt das Individualprinzip mit einem individuellen Versicherungsanspruch. Mit der Geburt erhält jeder Mensch einen eigenständigen Krankenversicherungsanspruch. Nicht erwerbstätige Personen ohne eigene Einkünfte sind beitragsfrei versichert. In der Übergangsphase bis zur Umsetzung der Bürgerversicherung bleiben Angehörige ohne eigenes Einkommen beitragsfrei mit-versichert.*

(3) *Derzeit privat Versicherte können bis zum 01.01.2015 ihr jetziges Versicherungsverhältnis aufrechterhalten. In dieser Konvergenzphase hat der Gesetzgeber mit dem Verband der privaten Versicherungen und den Spitzenverbänden Regelungen zur Überführung aller Versicherten in eine gesetzliche Krankenversicherung zu treffen.“*

c) *Artikel 1 Nr. 3 erhält folgende Fassung:*

„§ 6 SGB V entfällt.“

d) *Artikel 1 Nr. 4 wird wie nachfolgend gefasst, die Nummerierung ändert sich entsprechend:*

„Die §§ 7-10 SGB V entfallen.“

e) *Artikel 10 wird wie folgt gefasst:*

„§ 32 SGB XII erhält folgende Fassung:

„§ 32 Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung Anspruch auf Leistungen entstehen durch die Pflichtversicherung nach § 5 SGB V.“

f) Artikel 46 Nr. 1 (neu) erhält folgende Fassung:

„§ 4 AsylbLG wird wie folgt gefasst:

„§ 4 AsylbLG Gesundheitliche Versorgung  
Die gesundheitliche Versorgung erfolgt im Rahmen der  
Pflichtversicherung nach § 5 SGB V.“

g) Artikel 46 Nr. 2 (neu) erhält folgende Fassung:

„In § 6 AsylbLG werden in Satz 1 die Wörter „oder der  
Gesundheit“ gestrichen.“

Begründung:

Die Grundprinzipien der GKV – Solidarausgleich, Parität, Sachleistungsprinzip, Umlageverfahren, Kontrahierungszwang – haben sich bewährt. Sie finden in der Bevölkerung eine breite Akzeptanz.

Die Solidarität macht derzeit an der Beitragsbemessungsgrenze bzw. spätestens an der Versicherungspflichtgrenze halt, denn Menschen mit einem Einkommen von mehr als derzeit 3.562,50 Euro monatlich zahlen keinen ihrem Einkommen entsprechenden prozentualen Beitrag und/oder weichen ab Erreichen der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3.937,50 Euro monatlich auf die PKV aus.

Die Lasten müssen gerechter verteilt werden. Der Solidargedanke kann nur gewährleistet werden, wenn alle, auch Selbstständige, Beamte, Freiberufler, in die GKV einbezogen werden. Das wird mit den Änderungsregelungen hergestellt.

Da die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung für alle Menschen gilt, gibt es auch für Flüchtlinge, die Leistungen nach AsylbLG beziehen, sowie für Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach SGB XII (Sozialhilfe) keine Ausnahmeregelungen. Gesonderte gesetzliche Vorschriften hinsichtlich des Anspruchs auf gesundheitliche Versorgung im SGB XII bzw. im AsylbLG können daher entfallen.

Eine zeitlich befristete Übergangsregelung für privat Versicherte wird geschaffen. Die private Krankenversicherung kann zukünftig Zusatzversicherungen anbieten.

Bei Einführung eines individuellen Anspruchs wird die Familienmitversicherung obsolet.

Änderungsantrag Nr. 2

Artikel 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert:

§ 6 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nr. 1 entfällt.

b) Nummer 1a wird zu Nummer 1. und wie folgt gefasst:

„Nicht versicherungspflichtig sind nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.“

c) Absatz 6, Absatz 7 und Absatz 8 entfallen.

d) Diese Regelung gilt ab 1.1.2015. Für den Übergangszeitraum sind gesonderte Regelungen zu entwickeln.

Begründung:

Bislang ist in § 6 Abs. 1 Nr. 1 geregelt, dass Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jah-

resarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt, versicherungsfrei sind. D.h. Besserverdienende können sich unter diesen Umständen dem Solidarsystem entziehen.

Nach dem GKV-WSG soll diese Möglichkeit erst erfolgen, wenn das Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren übersteigt. Diese Regelung greift viel zu kurz und geht das schädliche Nebeneinander von PKV und GKV in der Regelversorgung nicht konsequent an.

Das Nebeneinander von privatem und gesetzlichem Krankenversicherungsschutz für den Bereich der Regelversorgung ist in Europa ein Unikum und muss aufgrund seiner negativen gesellschaftlichen Folgewirkungen mittelfristig beendet werden.

Die Möglichkeit, dass Arbeiter und Angestellte nach Erreichen der Versicherungspflichtgrenze innerhalb festgelegter Fristen aus der weitgehend solidarisch finanzierten GKV ausscheiden und einer privaten Versicherung beitreten können, stellt eine Regelung dar, mit der das soziale Fundament der bundesdeutschen Gesellschaft untergraben wird. So werden der GKV, in dem immerhin ca. 90 % der Bevölkerung in einem solidarischen System krankenversichert sind, dringend benötigte Mittel entzogen, und zwar durch das Ausscheiden von Personen, deren Einkommen deutlich über dem Durchschnitt liegt und die sich über den Wechsel eine privilegierte medizinische Versorgung oder Kostenvorteile erhoffen.

Durch eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze wird ein solidarischer Ausgleich auf eine gerechte Weise wiederhergestellt.

Als Folgeänderung ergibt sich eine Streichung der Absätze 6, 7 und 8, die obsolet sind.

Übergangsregelungen:

Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze kann nicht unmittelbar sofort und ohne einen Übergang erfolgen. Hierzu sind unter Hinzuziehung von Vertretern der GKV, PKV, Bundesversicherungsamt und Verfassungsrechtlern Übergangsregelungen zu entwickeln.

Änderungsantrag Nr. 3

Artikel 1 Nr. 31 entfällt.

Begründung:

Die geplante Ursachenforschung zur Ergründung der Schuldfrage ist ein eklatanter Verstoß gegen das Solidarprinzip der GKV. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird erheblich gestört. Eine gerichtsfeste Beurteilung einer selbst verschuldeten Komplikation, die aus einer „medizinisch nicht induzierten Maßnahme“ resultiert, ist darüber hinaus schwer zu führen. Mit diesem Paragraphen soll die Tür zur forcierten Leistungsausgrenzung aufgestoßen werden.

Von der Intention her ist es zwar nachvollziehbar, dass die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten für die Folgekosten von nicht indizierten ästhetischen Operationen oder Maßnahmen nicht im vollen Umfang einstehen soll. In der Praxis sind allerdings insbesondere wegen des unbestimmten Rechtsbegriffs „medizinisch nicht induzierte Maßnahme“ Umsetzungsprobleme vorprogrammiert. Als eine derartige Maßnahme könnte dann auch jedwedes krankheits-

verursachende Verhalten der Versicherten – wie zu viel oder zu wenig Bewegung der Versicherten, Rauchen oder Trinken usw. - sanktioniert werden.

Die Entscheidung über die zu einer Kostenbeteiligung des Versicherten führende „Maßnahme“ müsste bereits beim Leistungserbringer getroffen werden. Denn nur der Arzt kann sicherstellen, dass die Ursachen zur Durchführung der als Folge einer solchen „Maßnahme“ erforderlichen Behandlung zielgenau erfasst und dokumentiert werden. Der Leistungserbringer müsste dann die erforderliche Meldung an die entsprechende Krankenkasse machen. Nicht nachvollziehbar ist diese geplante weitere Verschärfung auch vor dem Hintergrund, dass § 52 in der jetzigen Form die Möglichkeit der Krankenkasse beinhaltet, den Versicherten bei Selbstverschulden an den entstehenden Kosten zu beteiligen. Allerdings besteht dabei ein doppelter Ermessensspielraum, einerseits auf Seiten des Leistungserbringers, andererseits auf Seiten des Kostenträgers. D. h. es besteht derzeit keine Verpflichtung des behandelnden Arztes, einen solchen Fall zu melden, und die Kassen müssen nicht auf der Kostenbeteiligung bestehen. Diese Ermessensentscheidung wird im Entwurf zu einer verpflichtenden Regelung verschärft.

Durch die Änderung des § 52 wird das Arzt-Patienten-Verhältnis schwer belastet. Die Einführung eines Selbstverschuldensprinzips für Krankheit ist ein paradigmatischer Wechsel in der Bewertung von Krankheit innerhalb eines vom Anspruch her solidarisch organisierten Gesundheitswesens. Der grundsätzliche Anspruch der Versicherten auf ein nach dem Sachleistungsprinzip funktionierendes GKV-System wird durch die neue Hürde des Selbstverschuldensprinzips in Frage gestellt. Bevor es nach dem Willen der Koalitionäre zu einer medizinischen Behandlung kommt, ist zu überprüfen, inwieweit nicht durch ein etwaiges Selbstverschulden die Kostenübernahme der Behandlung durch die Krankenkasse vermieden werden kann. Der Arzt wird auf diese Weise zum Gesundheitsspitzel, dem der Patient mit Misstrauen begegnet. Dies hat Auswirkungen auf die medizinische Behandlung, da der Arzt auf wahrheitsgemäße Angaben und ein vertrauensvolles Verhältnis zu seinen Patienten angewiesen ist.

Änderungsantrag Nr. 4

Artikel I Nr. 33 erhält folgende Fassung:

„§ 53 SGB V wird wie folgt gefasst:

„§ 53 Selbstbehalt

Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.“

Begründung:

Wahltarife in der GKV widersprechen dem Grundprinzip des Sozialsystems und heizen die Risikoselektion weiter an.

Künftig sollen nach dem Willen des Gesetzgebers die Krankenkassen allen Mitgliedern Selbstbehalttarife anbieten können (§ 53 Abs. 1). Die Krankenkassen haben für teilnehmende Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen. Der geplante Selbstbehalttarif kommt jedoch nur für solche Menschen in Frage, die davon ausgehen können, Gesundheitsdienstleistungen kaum oder gar nicht in Anspruch nehmen zu

müssen. Solche Tarife rechnen sich also nur für junge und gesunde Versicherte und sind daher in ihrer Wirkung entsolidarisierend. Des Weiteren sei auf die besondere Problematik der Unterdeckung hingewiesen, wenn Patienten nicht in der Lage sind, den entsprechenden Selbstbehalt im Krankheitsfall zu finanzieren.

Die Krankenkassen sollen keine Tarife einführen dürfen, die bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen Prämienzahlungen vorsehen (Absatz 2). Die bisherige Regelung des § 54 SGB V (Beitragsrückzahlung), die auf freiwillig Versicherte begrenzt ist, soll gestrichen werden. Da chronisch Kranke nicht die geringste Chance haben, durch Nichtinanspruchnahme eine Prämie zu erhalten, wirkt dieser Vorschlag sozial diskriminierend. Darüber hinaus werden durch eine Beitragsrückerstattung dringend benötigte Mittel aus dem System heraus genommen. Aus diesem Grunde sind sowohl für den Kreis der freiwillig Versicherten wie auch alle weiteren GKV-Versicherten Anreize dieser Art zu unterlassen. Im Rahmen der Einführung einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist eine Sonderstellung von freiwillig Versicherten und damit verbundene Sondertarife, wie sie der § 54 SGB V vorsah, nicht mehr erforderlich.

Für das Angebot von Wahlтарifen muss der Grundsatz gelten, dass diese keine sozial diskriminierende und entsolidarisierende Wirkungen haben. Insofern darf ein Wahlтарif nur für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, Bindung an bestimmte Leistungserbringer, DMP, Integrierte Versorgung) gelten. Hier sollen, wie in Absatz 3 des GKV-WSG-Entwurfs vorgesehen, spezielle Tarife mit der Option von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen eingeführt werden. Da diese Programme wie Hausarztmodelle, Integrierte Versorgung oder DMP zur Verbesserung der medizinischen Versorgung eingeführt worden sind, ist hier die Möglichkeit, Teilnehmern an diesen Programmen einen Bonus anzubieten, zu begrüßen und darf als einzige Regelung des Selbstbehalts bestehen bleiben.

Kostenerstattungstarife, bei denen den Krankenkassen die Höhe der möglichen Erstattungssätze nicht vorgegeben wird, sollen nicht zugelassen werden (Absatz 4). Laut Gesetzesbegründung soll z. B. die Erstattung des 2,3-fachen Satzes GOÄ/GOZ möglich werden. Damit wird die ungleiche Behandlung, die es bisher zwischen GKV- und PKV-Versicherten gibt, in die GKV hineingetragen. Die Versicherten erhalten jetzt die Möglichkeit, in jedem Einzelfall zu entscheiden, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer wählen. Die Beratungspflicht der Krankenkassen entfällt. Die Versicherten können jeweils im Einzelfall entscheiden, ob und wann sie vom Sachleistungssystem abweichen und die jeweilige Leistung über Kostenerstattung abrechnen lassen. Das kann nicht im Sinne der Versicherten-gemeinschaft sein, da es zu einer Quasi-PKV innerhalb der GKV führen würde.

Über die beschriebene entsolidarisierende Wirkung zwischen Kranken und Gesunden sowie Jungen und Alten hinaus werden die Leistungen der Ärzte für die Versicherten ohne Kostenerstattung gekürzt. Da auch weiterhin § 85 Abs. 2 Satz 8 gilt, dass Ausgaben der Kassen für Kostenerstattung auf die Gesamtvergütung anzurechnen sind, sollen Mehraus-

gaben der Krankenkassen für Leistungen im Kostenerstatungssystem verhindert werden.

Die Krankenkassen sollen laut GKV-WSG Wahltarife für den Anspruch auf Krankengeld bzw. den bedarfsgerechten Zahlungsbeginn anbieten (Absatz 5); bei Leistungsausweitungen sind Zahlungen der Mitglieder vorzusehen. Für die Mehrheit der Versicherten besteht bei dieser Abwahloption die Gefahr, dass eine Unterdeckung im Krankheitsfall eintritt und der Versicherte immense finanzielle Lasten selbst zu tragen hat.

Aus diesen Sondertarifen sind keine Einsparungen zu erwarten, solange die Ärzte über die Kassenärztliche Vereinigung pauschal für die gesamte ambulante kassenärztliche Versorgung honoriert werden. Weniger Arztbesuche führen damit nicht zu weniger Kosten, sondern zu höheren Punktwerten.

Es darf keine Besserstellung der Gesunden gegenüber den Kranken geben. Eine solidarische Krankenversicherung braucht auch weiterhin eine solidarische und soziale Finanzierung. Die Wahltarife werden in der geplanten Form zum Lockmittel der Kassen um die „guten Risiken“. Eine solche Selektion, insbesondere bei fehlendem umfassendem Risikostrukturausgleich, muss abgelehnt werden.

Änderungsantrag Nr. 5

Artikel I Nr. 37 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

a) Doppelbuchstabe aa entfällt.

b) Doppelbuchstabe bb entfällt.

Begründung:

Zu a)

Im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD wird durch Änderung des § 62 SGB V (Belastungsgrenze) die Absenkung der individuellen Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke auf 1 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt an zusätzliche Voraussetzungen wie die regelmäßige Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen geknüpft. Damit soll die Inanspruchnahme bei wirksamen Früherkennungsmaßnahmen gesteigert werden.

Die im GKV-WSG geplante Änderung des § 62 SGB V ist abzulehnen, da das gewünschte Ziel einer höheren Teilnahmequote bei Vorsorgeuntersuchungen mit dieser Gesetzesänderung nicht erreicht wird. Hingegen würden ungerechtfertigte Mehrbelastungen auf einen Teil der Patienten zukommen und chronisch Kranke finanziell bestraft werden. Die behandelnden Ärzte würden zudem zu Gesundheitspolizisten umfunktioniert werden.

Die Gründe im Einzelnen:

In dem von den Regierungsfractionen vorgelegten Gesetzentwurf werden die schwerwiegenden Zweifel der Fachwelt an der Sinnhaftigkeit einfach ausgeblendet und ohne Grundlage die sichere Effektivität der Früherkennung unterstellt. Eine gesicherte Datenbasis über den Nutzen der Vorsorgeuntersuchungen liegt für die meisten Programme nicht vor. Zudem muss neben der begrenzten Wirksamkeit eine Abwägung erwünschter gegen unerwünschte Wirkungen stattfinden.

Angesichts dieser wissenschaftlichen Erkenntnislage muss es daher auch für alle Versicherten möglich sein, sich auf Basis guter Information für die Nicht-Teilnahme bzw. die Nicht-Inanspruchnahme zu entscheiden, ohne dafür durch die Nicht-

Herabsetzung der Zuzahlungsobergrenze, also durch höhere Zuzahlungen, finanziell bestraft zu werden. Das Recht auf Nicht-Wissen muss, wie auch die Bundesärztekammer betont, sanktionsfrei ebenso wie die auch von der Regierung angestrebte Stärkung der Autonomie von BürgerInnen als mündige PatientInnen erhalten bleiben.

Die finanzielle Schlechterstellung von Versicherten im Erkrankungsfall kann auch deshalb nicht legitim sein, weil kausal der Zusammenhang zwischen der Nicht-Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchung und dem späteren Krankheitsereignis kaum hergestellt werden kann.

Die geplante Änderung des § 62 SGB V Buchstabe a ist auch deshalb abzulehnen, weil hierdurch die Gruppe der ohnehin sozial benachteiligten Menschen zusätzlich überproportional belastet würde. Denn bei dieser Gruppe ist das Risiko bei den meisten Zielkrankheiten höher, hingegen die Erreichbarkeit z. B. durch Screenings bekanntermaßen schlechter. Die Änderung würde also soziale Unterschiede verstärken.

Ein weiterer Grund für die Streichung liegt in dem zusätzlichen und sehr erheblichen personal- und zeitintensiven Prüfaufwand bei den Krankenkassen, der in keinem Verhältnis zu dem von den Koalitionsfraktionen erhofften Ergebnis steht.

Nicht zuletzt ist die im GKV-WSG vorgesehene Änderung aber auch deshalb abzulehnen, weil sich wissenschaftlich eine Steigerung der Inanspruchnahme durch Sanktionen bei Nichtinanspruchnahme kaum belegen lässt. Wenn die Koalitionsfraktionen Handlungsbedarf bezüglich der Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen sehen, liegen die Möglichkeiten zu der gewünschten Steigerung der Inanspruchnahme nicht in einer Malus-Regelung zu Lasten der Versicherten, sondern in der Veränderung der Angebots- und Zugangsmodalitäten. Methoden der persönlichen Einladung und der persönlichen Erinnerung an die Früherkennung haben sich in vielfachen Untersuchungen als wirksam und auch kosteneffektiv dargestellt.

Zu b)

Der Entwurf der Koalitionsfraktionen sieht vor, dass als Nachweis des Fortbestehens der chronischen Erkrankung (für die Absenkung der Zuzahlungsobergrenze nach § 62 SGB V) künftig jährlich eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen ist, wonach sich der Versicherte therapiegerecht verhält. Diese im GKV-WSG vorgesehene Änderung ist abzulehnen. Hier werden weitere komplexe bürokratische Vorgänge erzeugt, die für Versicherte, Ärzte und Krankenkassen zu einem hohem Mehraufwand führen, ohne dass ein entscheidender Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten erzielt wird. Im Gegenteil ist der Position des BMGS vom 12.10.2004 zu folgen, dass im Sinne einer pragmatischen Verfahrensweise auf den jährlichen Nachweis des weiteren Vorliegens der chronischen Erkrankung verzichtet werden kann, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung der Verhältnisse vorliegen. Nachweiserleichterungen sind demnach anstelle weiterer Nachweispflichten sinnvoll, sachgerecht und erforderlich.

Ein weiterer Grund, diese Änderung abzulehnen, liegt in der vagen und interpretationsbedürftigen Formulierung „therapiegerechtes Verhalten“, das der Arzt zu bescheinigen hat.

Da nur für wenige Krankheitsbilder strukturierte Behandlungsprogramme vorliegen und oftmals unterschiedliche Lehrmeinungen existieren, ist es oftmals weder für den Arzt noch gar für den Versicherten möglich, sich einen gesicherten Überblick zu verschaffen, welches Verhalten als therapiegerecht oder als nicht therapiegerecht zu bewerten ist.

Änderungsantrag Nr. 6

Artikel 1 Nr. 61, Nr. 63 und Nr. 105 sowie Artikel 2 Nr. 14 entfallen.

Begründung:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist als Einrichtung der Selbstverwaltung aufgestellt. Seit seinem knapp dreijährigen Bestehen hat der G-BA nach eigenem Bekunden sämtliche ihm mit Fristsetzung auferlegten Richtlinienbeschlüsse pünktlich erledigt, regelmäßig überprüft und erforderlichenfalls angepasst.

Nur durch die aktive Teilnahme von Leistungserbringern und Kostenträgern können Kompromisse gefunden und in den widerstreitenden Lagern umgesetzt werden. Die breite Akzeptanz der Entscheidungen, trotz der damit zum Teil verbundenen Leistungseinschränkungen, belegt dies. Eine dem Gesundheitsministerium nachgeordnete Behörde würde diese Kompromissfähigkeit verlieren.

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Entscheidungsgremium des G-BA zukünftig mit hauptamtlich beim G-BA Beschäftigten zu besetzen. Diese Hauptamtlichen sollen ihre Entscheidungen weisungsunabhängig von den Trägerorganisationen des G-BA treffen.

Der G-BA setzt untergesetzliche Normen. Damit darf der Gesetzgeber aus verfassungsrechtlichen Gründen nur durch Wahlen legitimierte Personen beauftragen. Dies ist bisher gegeben. Bei einem mit hauptamtlichen Entscheidungsträgern besetzten G-BA handelt es sich dagegen nicht mehr um eine Selbstverwaltungsinstitution, sondern eine dem BMG nachgeordnete Behörde. Diese Legitimation ist besonders ausgeprägt in der vertragsärztlichen/-zahnärztlichen Versorgung durch gesetzlich geregelte Wahlen zu den Organen der Krankenkassenverbände und Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen sowie durch die nach den jeweiligen Satzungen vorzunehmende Wahl der jeweiligen Vertreter dieser Organisationen in den G-BA durch die dafür zuständigen Organe. Für die Krankenhäuser sind die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in den G-BA entsandten Vertreter berechtigt, für die DKG Entscheidungen zu treffen. Die rechtliche Legitimation des GBA, für die genannten Selbstverwaltungsorganisationen, deren Mitgliedsorganisationen und deren Mitglieder verbindliche Rechtsnormen beschließen zu können, basiert daher auf der unmittelbaren Repräsentanz der für diese Organisationen handlungsberechtigten Personen im G-BA. Der Ausgleich widerstreitender Interessen der „Bänke“ unter Mitwirkung der unparteiischen Mitglieder sowie unter Beteiligung der von den Patientenorganisationen benannten sachkundigen Personen ist das Kernelement der Gemeinsamen Selbstverwaltung im G-BA.

Die Patientenvertreter wären im Fall einer Reduzierung der Mitglieder des G-BA mittelbar betroffen, da die Anzahl ihrer Vertreter ebenfalls auf drei reduziert werden würde. Gleichzeitig wären diese weiterhin als ehrenamtlich Tätige gegenüber den Hauptamtlichen noch schlechter aufgestellt, um in

den verschiedenen Gremien- und Untergremiensitzungen wenn schon nicht abzustimmen, so doch zumindest mitdiskutieren zu können.

Änderungsantrag Nr. 7

Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) wird wie folgt gefasst:

„Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Sie dürfen nur für voll- und teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Mittel der Anschubfinanzierung dürfen nur für Verträge, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung der Versicherten ermöglichen, verwendet werden. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind oder im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung bei der ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, die im Katalog nach §116 SGB V Abs. 3 Nr. 2 aufgeführt sind.“

Begründung:

Die im Änderungsantrag vorgesehene explizite Erwähnung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Gesetzestext ist zwingend notwendig. Nach den im GKV-WSG vorgesehenen Regelungen sollen die Mittel der Anschubfinanzierung nämlich nur noch für solche voll- oder teilstationären und ambulanten Leistungen der Krankenhäuser bzw. ambulanten vertragsärztlichen Leistungen und Versorgungen verwendet werden dürfen, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen.

Der Logik entsprechend sind seltene Erkrankungen jedoch selten, so dass daher eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung nicht notwendig und auch gar nicht möglich ist.

Die Ergänzung des § 140d SGB V ist somit notwendig, um auch für die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen den Aufbau integrierter Versorgungskonzepte zu ermöglichen.

Die Auflistung der Krankheitsbilder in § 166 (ambulante Behandlung im Krankenhaus) kann zweckmäßigerweise übernommen werden.

Änderungsantrag Nr. 8

a) Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird ersatzlos gestrichen.

b) Artikel 19 Nr. 1 und 2 sowie Artikel 20 Nr. 2 und 3 werden ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Viele Krankenhäuser sind selber Sanierungsfälle, leiden unter einem Investitionsstau von insgesamt ca. 50 Mrd. Euro. Sie stehen durch die Tarifabschlüsse, die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und durch die Mehrwertsteuererhöhung selbst unter einem erheblichen finanziellen Druck. Zaghafte Verbesserungen für die Angestellten und Patienten, wie sie etwa in der Psych.-Personalverordnung festgeschrieben worden sind, werden durch diesen Gesetzentwurf konterkariert. In dieser angespannten Situation, die durch die Konvergenzphase zur Einführung einer flächendeckenden Fallpauschalenvergütung („Diagnosis Related Groups“

– DRGs) verschärft wird, ist ihnen eine zusätzliche finanzielle Belastung nicht zuzumuten. Dies würde den drohenden Konkurs und die weitere Privatisierung vieler öffentlicher Einrichtungen beschleunigen.

Der Entwurf zum GKV-WSG sieht aber zu Lasten des stationären Bereichs einen Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 Prozent vor. Das Einsparvolumen in Höhe von ca. 500 Mio. Euro setzt sich aus drei Einzelposten zusammen:

- Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen gegenüber den einzelnen Krankenhäusern für nicht verwendete Mittel im Rahmen der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung
- Halbierung des Mindererlösausgleichs von 40 auf 20 Prozent und
- Kürzung der Krankenhausrechnungen um 0,7%.

Diese zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenhäuser durch Artikel 1 Nr. 121 sowie Artikel 19 Nr. 1 und Nr. 2 und Artikel 20 Nr. 2 und Nr. 3 des GKV-WSG ist nicht sachgerecht, unverantwortbar, dem Versorgungsauftrag widersprechend und daher zu streichen.

Änderungsantrag Nr. 9

Artikel 1 Nr. 131 sowie Artikel 1 Nr. 124 Buchstabe b und c werden gestrichen.

Begründung:

Die im GKV-WSG vorgesehenen Regelungen zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen und zu Haftungsverpflichtungen sind ersatzlos zu streichen.

Die Folgen für Versicherte wären dramatisch: Wenn eine Krankenkasse auch nur im Verdacht stünde, eventuell insolvent zu werden (und das würde für viele der Versorgerkassen unmittelbar nach Geltungsbeginn des Gesetzes der Fall sein), müssten PatientInnen mit ihrer EC-Karte bzw. mit ausreichend Bargeld zur medizinischen Behandlung gehen; ihre Krankenversicherungskarte würde nicht mehr ausreichen. Denn die Leistungserbringer (Krankenhäuser, ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen etc.) würden sich durch diese Vorkasse bei den PatientInnen finanziell bedienen, wenn unklar bliebe, ob die Krankenkasse am Quartalsende die Rechnung noch begleichen kann. Um eine Krankenversorgung nach dem Sachleistungsprinzip zu erhalten, sind die vorgesehenen Regelungen abzulehnen.

Zudem sind die diesbezüglichen Neuregelungen des § 155 Abs. 5 abzulehnen, da sie eine Vielzahl an logischen Brüchen und Ungereimtheiten enthalten. Der Kritik der Spitzenverbände ist dabei in großem Umfang zu folgen.

Die Regelungen des Insolvenzrechts sind unvereinbar mit tragenden Grundsätzen des SGB V (Sachleistungsprinzip). Die insolvenzrechtliche Haftungskette ist für die gesetzliche Krankenversicherung verfassungswidrig, da sich dadurch der Bund seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungsverantwortung zu entziehen sucht, wie im Gutachten von Prof. Rupert Scholz ausgeführt wird. Eine entsprechende Verantwortung hat der Bund in § 120 SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung bereits anerkannt.

Zudem lässt der Gesetzgeber das Verhältnis von Insolvenzrecht und sozialrechtlichem Schließungsrecht völlig offen: Unklar bleibt dabei, ob beide Verfahren gleichrangig neben-

einander stehen oder das eine automatisch das andere auslöst, durch wen die Abwicklung erfolgt, wer eine Aufsicht ausübt bzw. als Insolvenzverwalter eingesetzt wird und ob der sozialrechtliche Schließungsgrund der nicht dauerhaften Leistungsfähigkeit analog auszulegen ist zu den Insolvenzgründen der Überschuldung, Zahlungsunfähigkeit oder drohender Zahlungsunfähigkeit.

In Artikel 1 Nr. 124 Buchstabe b) geht es um Änderungsvorschriften bezüglich des § 155 Abs. 4 SGB V (Abwicklung der Geschäfte, Haftung für Verpflichtungen). Zusammen mit der Einführung des Insolvenzrechts führt der Wegfall der Haftungsverbünde zu einer deutlichen Verschlechterung der Bonität der Krankenkassen. Ohne den Rückgriff auf die Haftungsverbünde ist ggf. die Befriedigung von Gläubigeransprüchen nicht mehr gewährleistet. Leistungserbringer würden erst nach den Banken aus der Insolvenzmasse bedient werden und dabei nur einen geringen Anteil ihrer Ansprüche realisieren können. Zudem kann es aufgrund des sinkenden Vertrauens vor Kostensteigerungen durch die nach GOÄ erbrachten vorfinanzierten Leistungen für die Krankenkassen kommen.

Weitere Änderungsregelungen des § 155 SGB V sind zu streichen, da sie in mehrfacher Hinsicht Unklarheit bergen, wofür und in welcher Frist die verbleibenden Kassen einer Kassenart im Falle der Auflösung oder Schließung einer zur Kassenart gehörenden Kasse haften. Der Wortlaut lässt keine eindeutige Auslegung zu. Der dem Wortlaut des § 222 SGB V zu Grunde liegende Darlehensbegriff ist in keiner Weise kompatibel mit den im Falle einer Schließung bzw. Auflösung vorliegenden Verpflichtungen. Aus den aufgeführten Gründen sind alle Ausführungen zu dem Zusammenhang einer Entschuldung gemäß § 222 und § 265a (geplante Neufassung) und der abgeleiteten Rechtfertigung der Neufassung der Haftungsregelung gemäß § 155 Abs. 5 in keiner Weise sachgerecht.

Im Zusammenhang mit dem Wegfall des Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts für die Bundesverbände der Krankenkassen sowie dem Wegfall der Möglichkeit von internen Finanztransfers auf der Basis von § 265a SGB V spätestens ab dem 01.01.2009 ergibt sich zudem das Problem, dass die Kassen im Ergebnis einerseits innerhalb der alten Kassenarten unbefristet weiter untereinander haften sollen, andererseits ihnen aber jegliches Instrumentarium genommen wird, den Eintritt eines Haftungsfalles (Schließung oder Auflösung) bzw. die Höhe der auflaufenden Haftungssummen zu beeinflussen. Der Haftungsausgleich innerhalb der GKV sollte daher stattdessen ausschließlich über § 155 SGB V als GKV-spezifisches Schließungsrecht geregelt werden. Dieser muss dabei sämtliche Verbindlichkeiten erfassen.

Änderungsantrag Nr. 10

Artikel 43 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 Buchstabe a wird folgender Absatz 2 neu eingefügt:

„Bei Kündigung des Vertrags einer privaten Krankenversicherung und gleichzeitigem Beitritt zu einer gesetzlichen Krankenkasse werden von dem bisherigen Versicherer die für den Versicherungsnehmer kalkulierten Altersrückstellungen in gleicher Höhe wie bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Versicherungsunternehmen an die dann für den Versicherten zuständige Krankenkasse geleistet.“

Über die genaue Höhe der zu übertragenden Altersrückstellungen entscheidet im Streitfall das Bundesversicherungsamt.“

b) Absatz 3 wird zu Absatz 4.

Begründung:

Bei dem Wechsel aus einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen sollen Altersrückstellungen künftig nach den Regelungen des GKV-WSG portabel sein. Die Mitnahme von Altersrückstellungen soll den Wechsel für Versicherte innerhalb des PKV-Systems erleichtern und den Wettbewerb innerhalb der privaten Versicherungswirtschaft fördern. Dieser Wettbewerb erfährt aber starke Verzerrungen, wenn Versicherer Geldmittel an andere Versicherer nur dann übertragen müssen, wenn der Versicherte zu einem anderen privaten Anbieter wechselt. Ein Unternehmen, das Versicherte durch Abwanderung an eine gesetzliche Krankenkasse verliert, würde dagegen finanziell belohnt, da in diesem Fall die angehäuften Altersrückstellungen nach den Regelungen des GKV-WSG bei dem bisherigen Versicherer verbleiben sollen.

Die finanziellen Auswirkungen auf den neuen Versicherer sind bei dem Wechsel aus einer privaten Krankenversicherung zu einer gesetzlichen Krankenkasse (trotz des Unterschieds zwischen einem auf Umlagefinanzierung basierten und einem mit teilweiser Kapitalstockdeckung arbeitenden System) vergleichbar:

Statistisch sind die durchschnittlichen individuellen Gesundheitsausgaben je nach Lebensalter stark unterschiedlich. Ein gesetzlich versicherter 35-jähriger Mann verursacht etwa 75 Euro an Gesundheitsausgaben, in den letzten Lebensjahren steigen die Behandlungskosten stark an. So leisten in der GKV Jüngere ihren Solidarbeitrag zum Generationenvertrag zur Finanzierung der Alterslasten durch Beiträge, die im Durchschnitt höher sind als ihre tatsächlichen Ausgaben. In der PKV werden Altersrückstellungen gebildet.

Wenn nun beispielsweise ein 50-jähriger Mann, der mit 35 Jahren in die PKV wechselte, wieder aus der PKV in die GKV zurückkehren möchte, bedeutet das für die gesetzliche Krankenkasse, dass ihr im Vergleich zu einem gleichaltrigen Mann, der permanent gesetzlich versichert war, nach Schätzungen der AOK 12.000 bis 14.000 Euro zur Tragung der Solidarlaster entgangen sind.

Die mit diesem Änderungsantrag vorgesehene Mitnahme von Altersrückstellungen auch bei einem Wechsel aus der PKV in die GKV schafft den erforderlichen finanziellen Ausgleich. Ein Verbleib der bei der PKV gebildeten Altersrückstellungen ist weder erforderlich noch sinnstiftend, wenn der Versicherte dort im Alter nicht mehr versichert ist.

Änderungsantrag Nr. 11

Artikel 1 Nr. 153a – neu – erhält folgende Fassung:

„§ 223 SGB V Abs. 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter: „nach § 6 Abs. 7“ gestrichen und durch den Halbsatz „, die auch in der gesetzlichen Rentenversicherung gilt und derzeit im Jahr 2006 bei 63.000 Euro liegt,“ ersetzt.“

Die bisherige Nummer 153a wird zu Nummer 153b.

Begründung:

Die derzeitigen Regelungen der Beitragsbemessungsgrenze für den Bereich der Krankenversicherung bzw. für die Rentenversicherung unterscheiden sich in nicht unerheblichem Maße. Durch die vorgesehene Regelung wird eine Angleichung und größere soziale Gerechtigkeit erzielt.

Diese Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das in der Rentenversicherung gültige Niveau stellt den Einstieg in eine umfassende Solidarität in der Finanzierung der GKV dar. Ein einheitlicher Beitragssatz auf das gesamte Einkommen ohne eine Obergrenze ist eine gerechte Basis für eine solide Finanzierung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung für alle Menschen.

In einer Konvergenzphase bis 1.1.2015 ist in Anpassung mit Regelungen der Versicherungspflicht eine weitere Anhebung bis zur gänzlichen Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze vorzunehmen.

Änderungsantrag Nr. 12

Artikel 1 Nr. 161 (§ 242 SGB V) entfällt.

Begründung:

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen führt eine Kopfpauschale durch die Hintertür ein, ohne die Finanzprobleme der GKV nachhaltig zu lösen. Hierzu wäre eine Verbreiterung der Einnahmehasis hin zu allen Einkommen und allen Bürgerinnen und Bürgern erforderlich. Lediglich die Arbeitgeberseite wird mit dem Fondsmodell entlastet. Die großen Versorgerkassen werden aber aufgrund ihrer Versichertenstruktur und unzulänglichem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gezwungen sein, im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds kassenindividuelle Leistungen zurück zu fahren. Gleichzeitig wird der Kampf um die guten Risiken, die jungen und gesunden Versicherten weiter verschärft. Diese werden eher die Kasse bei Erhebung eines Zusatzbeitrages wechseln, zurück bleiben die älteren und chronisch kranken Versicherten. Die Kosten für ihre Versorgung können aber weder durch den Einheitsbeitrag noch durch einen Zusatzbeitrag getragen werden, was de facto das Aus für die großen Versorgerkassen bedeuten würde. Dieser Entwurf muss wegen technischer Mängel und der entstehenden sozialen und paritätischen Schieflage abgelehnt werden.

Zu den sozialen Schwächen dieses Entwurfs:

Die Erhebung individueller Zusatzbeiträge, sei es als prozentualer oder pauschaler Beitrag, ist ein eklatanter Verstoß gegen die paritätische Finanzierung. Der Arbeitgeberbeitrag wird zumindest für ein Jahr festgeschrieben, weitere Belastungen werden allein auf die Versicherten abgewälzt. Bis zur Belastungsgrenze von einem Prozent des Bruttoeinkommens, allerdings bis zu acht Euro ohne Überprüfung des Einkommens, sollen die Kassen einen Zusatzbeitrag erheben dürfen. Aufgrund der geplanten Absenkung des Deckungsgrades von 100 auf bis zu 95 Prozent der Gesamtkosten der GKV wird der Zusatzbeitrag zum notwendigen Standbein. Die Ein-Prozent-Klausel wird dann gekippt werden müssen. Die zumindest theoretische Möglichkeit des Kassenwechsels, wenn die eigene Kasse einen Zusatzbeitrag erhebt, wird innerhalb kürzester Zeit beendet sein, da alle Kassen auf Zusatzbeiträge angewiesen sein werden. Mehrere Kassen haben bereits dargestellt, dass ihre Versicherten nicht in der Lage sein werden,

über den regulären Beitrag hinaus zusätzliche Lasten zu tragen.

Zu den technischen Mängeln, die im Entwurf nicht berücksichtigt worden sind:

Der Einzug des kassenindividuellen Zusatzbeitrages (bzw. auch die mögliche Prämienauszahlung) erfordert eine Einzelkontenführung. Hierfür sind – mit zunehmender Unterdeckung des Fonds anwachsend – mittelfristig bis zu 45 Millionen neue Beitragskonten anzulegen und zu pflegen. Es ist ein zusätzlicher Personalbedarf von mindestens 18.000 Vollzeitkräften zu kalkulieren. Die hierfür erforderlichen Personal- und Sachkosten sind mit mindestens 1,2 Milliarden Euro plus der erheblichen Kosten für die Härtefallbearbeitung zu veranschlagen. Von den eingezogenen Zusatzbeiträgen werden deshalb 30 bis 40 v. H. wieder durch Verwaltungskosten aufgezehrt.

Falls Versicherte den Zusatzbeitrag nicht zahlen wollen/können, kann die Krankenkasse in einer Vielzahl von Fällen auch über den Weg der Zwangsvollstreckung die Mittel nicht realisieren. Ca. 11 Millionen Menschen (ALG I/II Bezieher, Rentner/Rentenantragsteller, überschuldete Haushalte) leben unterhalb der Pfändungsfreigrenzen.

Änderungsantrag Nr. 13

a) Artikel 1 Nr. 178 entfällt.

b) Artikel 1 Nr. 180 entfällt.

c) Artikel 38 entfällt

Begründung:

Die vorgesehenen Änderungen des Artikel 1 Nr. 178 (§ 266 SGB V, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) und des Artikel 1 Nr. 180 (§ 268 SGB V, Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs) sowie die in Artikel 38 vorgesehene Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden gestrichen. Jegliche weitere Verschiebung der Einführung des krankheitsbezogenen Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) sowie die Einführung von diesbezüglichen Kriterien, die nicht zweckmäßig sind, werden damit unterbunden. Durch einen Beschluss des Bundestages war die Bundesregierung verpflichtet worden, den dringend benötigten krankheitsbedingten Risikostrukturausgleich bis zum 1.1.2007 per Verordnung einzuführen. Diese Verpflichtung ist erst im Herbst um zwei Jahre verschoben worden. Nur aufgrund der Untätigkeit der Regierung kann der Ausgleich zwischen den Kassen aus technischen Gründen nun erst ab 2009 eingeführt werden. Der Berechnung des Finanzausgleichs müssen alle Krankheiten zugrunde liegen, eine Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten hat wegen mangelnder Zielgenauigkeit und zusätzlicher Belastung von Krankenkassen, die einen größeren Anteil schwer und mehrfach Erkrankter versichern, zu unterbleiben. Durch Streichung entsprechender Regelungsvorschläge des GKV-WSG wird dies erreicht.

Der in der GKV 1994 eingeführte Risikostrukturausgleich (RSA) ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Umsetzung des Versorgungsauftrags der Krankenkassen und für einen funktionsfähigen Kassenwettbewerb. Ab dem Jahre 2007 soll „auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikatoren, Indikatorengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“ die Morbidität unmittelbar berücksichtigt werden (§ 268 Abs. 1 SGB V). Im § 268 Abs. 2 SGB V ist hierzu festgehalten: „Das

Bundesministerium für Gesundheit regelt bis zum 30. Juni 2004 durch Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1.“ In dem im Auftrag der Bundesregierung erstellten und der Bundesregierung seit 2004 vorliegenden wissenschaftlichen Gutachten „Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich“ werden Vorschläge zur Umsetzung des Morbi-RSA unterbreitet.

Statt sich an diese Empfehlungen zu halten, wird nun der § 268 erneut zum Spielball: Im § 268 Abs. 1, Satz 5 SGB V soll nun der Passus eingefügt werden, dass „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zu Grunde“ gelegt werden sollen. Im Koalitionsvertrag ist unter dem Punkt 7.2.2. vereinbart: „Zwingende Voraussetzung einer stärker wettbewerblichen Orientierung der Krankenversicherung ist die Vereinfachung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, so dass die Zielgenauigkeit erhöht und die Morbiditätsrisiken besser abgebildet werden....“. Diese Anforderungen wurden bereits 2004 erfüllt und sollen mit dem nun gemachten Entwurf verwässert werden. Die Bundesregierung plant mit dem GKV-WSG, die Einführung eines umfassenden, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs an die Gründung des Gesundheitsfonds zu koppeln. Diese Kopplung ist in seiner inhaltlichen und organisatorischen Auslegung vollkommen unbegründet. Die unterschiedliche Versichertenstruktur der GKV, die daraus abgeleiteten Wettbewerbsverzerrungen und die finanzielle Situation der GKV lassen ein weiteres Aufschieben der Rechtsverordnung nicht zu.

Der RSA, der eigentlich am 1.01.2007 in Kraft treten sollte, wird mit diesem Entwurf auf 2009 verschoben. Eine Anbindung der Einführung eines Morbi-RSA an den Gesundheitsfonds führt somit zu neuen Verzögerungen. Die Weiterentwicklung des RSA hat deshalb unabhängig von der Einführung eines Gesundheitsfonds schnellstmöglich in Absprache des Gesundheitsministeriums mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu erfolgen.

Eine Kopplung an den Gesundheitsfonds hätte – wenn überhaupt – erst dann einen Sinn, wenn zum RSA die PKV einbezogen werden würde. Ein zukünftiger morbiditätsorientierter RSA muss alle finanzwirksamen Krankheiten umfassen. Beide Bedingungen werden im Gesetzentwurf nicht erfüllt.

Änderungsantrag Nr. 14

Artikel 1 Nr. 96 und 97 entfallen.

Begründung:

Die Apotheken sind nicht für die gestiegenen Arzneimittelkosten der GKV verantwortlich. In den ersten sechs Monaten des Jahres 2006 betrug der Anteil der Apotheken an den GKV-Ausgaben für Medikamente lediglich 16,4 % (zum Vergleich: 1995: 22,2 %, 2003: 17,3 %), der der Hersteller lag bei 65,7 % (zum Vergleich: 1995 55,7 %, 2003: 62,2 %). Trotz GKV-Modernisierungsgesetz konnte der Zuwachs der Herstellergewinne auf Kosten der GKV nicht begrenzt werden. Von 2000 bis 2005 stiegen die Ausgaben der GKV an die Pharma-Hersteller von 11,1 Mrd. auf 15,4 Mrd. Euro.

Zu erwartende Einsparungen durch den Preiskampf unter den Apotheken durch Verringerung von Handelszuschlägen bei Arzneimitteln müssen zu Lasten der Versorgungsqualität

gehen. Dies kann zu einer Gefährdung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung für Teile der Bevölkerung führen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, durch die Änderung des § 130 SGB V den Apotheken zu ermöglichen, auf Teile des Aufschlages (8,10 Euro +3 % des Apothekeneinkaufspreises abzüglich 2 Euro Abschlag) verzichten zu können, um so einen Preiskampf auch bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu ermöglichen. Sollten der GKV dadurch und durch Rabattverträge mit Herstellern nicht Einsparungen von mindestens 500 Mio. Euro entstehen, werden die Apotheken durch entsprechende Erhöhung des Apothekenabschlages haftbar gemacht. Als Folgen eines solchen weiteren Sparzwanges bei den Erträgen der Apotheken werden Entlassungen, eine Verminderung der Beratungsqualität und eine Verschlechterung der Versorgungsdichte zu verzeichnen sein. Die erforderliche Einsparsumme liegt aber nicht allein in der Hand der Apotheker. Wie beschrieben soll die Summe von 500 Mio. Euro durch den teilweisen Verzicht der Apotheken auf die Vergütung durch die Krankenkassen und von der Apothekerschaft ausgehandelten Verträgen zur Rabattierung von Arzneimitteln von Seiten der Hersteller erzielt werden. Falls zwischen Herstellern und Krankenkassen kein Rabattvertrag zustande kommt, haften anschließend die Apotheken für nicht erbrachte Einsparungen. Da die Hersteller von sich aus kein Interesse an Rabatten haben und den Kassen die Einsparsumme durch die Haftung von Seiten der Apotheken sowieso zusteht, gibt es kaum Möglichkeiten, solche Vereinbarungen zwischen Dritten herbeizuführen. Es ist daher zu erwarten, dass die 500 Mio. Euro allein durch die Apotheken aufgebracht werden müssen.

Änderungsantrag Nr. 15

Zu Artikel 1 Nr. 92 und 93 werden ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Laut dem Gesetzentwurf (§§ 126, 127 SGB V) sollen die Kassen künftig, wo es „zweckmäßig“ ist, Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich durchführen. Nach einem Übergangszeitraum ist die Streichung des bisherigen Zulassungsverfahrens der Hilfsmittelerbringer vorgesehen.

Bereits heute haben die Krankenkassen die Möglichkeit, per Ausschreibungen den kostengünstigsten Anbieter zu ermitteln, ohne die anderen Leistungserbringer auszuschließen. Mit dem Gesetzentwurf sollen im Rahmen der geplanten K.O.-Ausschreibungen Anbieter mit der gesamten Versorgung eines Hilfsmittels beauftragt und gleichzeitig andere Leistungserbringer von der Erbringung dieser Leistung ausgeschlossen werden. Im Gegensatz zu anderen Branchen können die Leistungserbringer nur tätig werden, wenn sie einen Vertrag mit den Kassen abgeschlossen haben. Insofern ist ein Ausschluss beispielsweise eines Orthopädienschuhmachers von der Leistungserbringung gleichbedeutend mit dessen Bankrott. Wer diesen „Wettbewerb“ will, fordert in der Konsequenz die Abwicklung dieses handwerklich geprägten Wirtschaftszweigs. Dies hätte gravierende Konsequenzen für jeden einzelnen dieser Leistungserbringer und für die Vielfalt der Leistungserbringer generell. Diese gilt es zu erhalten, ist doch Vielfalt nicht zuletzt ein deutliches Signal für funktionierenden Wettbewerb. Ohne die hier geforderten Änderungen käme es im Hilfsmittelsektor zu dramatischen Verwerfungen:

- Die Versorgungsqualität wird gefährdet, wenn durch Ausschreibungen vor allem der billigste Anbieter ermittelt wird. Die billigste Lösung ist nicht zugleich auch die wirtschaftlichste.
- Die Versicherten verlieren den Vorteil einer großen Auswahl an Leistungserbringern.
- Hilfsmittel sind keine Massenprodukte, sondern Sonderanfertigungen. Weil Hilfsmittel in der Regel arbeitsintensiv angepasst werden müssen (z. B. Hörsysteme), gehört zu der Leistung immer auch eine beträchtliche Dienstleistungskomponente. Durch den Preiswettbewerb in den Ausschreibungen werden insbesondere die Dienstleistungen zu Lasten der Patienten und ihre Versorgung reduziert.
- Wenn als Folge von Ausschreibungen nur noch wenige Anbietergruppen und Großbetriebe bestehen, wird eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung der Versicherten gefährdet. Die Hilfsmittelerbringer wären dann nur noch überregional oder virtuell (im Internet) tätig.
- Ausschreibungen werden zu Gunsten einiger Großanbieter die Strukturen der mittelständischen Leistungserbringer zerstören. Solche Art von Ausschreibungen führt also im Ergebnis nicht zu mehr, sondern zu weniger Wettbewerb. Als kleine und mittelständische Unternehmen sichern die Gesundheitshandwerke qualifizierte Beschäftigung von rund 160.000 Menschen und investieren überproportional in die qualifizierte Aus- und Fortbildung.

Die Gesundheitshandwerke sind auf Grund ihrer langjährigen Ausbildung und der abgelegten Meisterprüfung für die Versorgung mit Hilfsmitteln umfassend qualifiziert. Die ordnungspolitisch fragwürdige Übertragung der Möglichkeit zur Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln an Ärzte gefährdet eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten. Deshalb wäre es nicht akzeptabel, wenn Fachärzte nach §126 berechtigt würden, sich an Ausschreibungen für Hilfsmittel zu beteiligen. Seit Jahren werden immer mehr Hilfsmittel durch Fachärzte direkt an die Versicherten abgegeben (z. B. Hörgeräte, Brillen, Bandagen und Einlagen) und die Grenzen zwischen der ärztlichen Tätigkeit und dem gewerblichen Bereich der Gesundheitshandwerke immer stärker verwischt.

Eine solche gewerbliche Tätigkeit verträgt sich nicht mit dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Das Vertrauensverhältnis wird beeinträchtigt, wenn der Patient nicht mehr sicher sein kann, ob der Arzt ihm gegenüber sachgerecht oder aus eigennützigen Gründen handelt, weil er für die Abgabe des Hilfsmittels eine zusätzliche Einnahme erzielt.

Der Arzt verfügt weitgehend über das Monopol, Verordnungen auszustellen und die Nachfrage nach den vom ihm indizierten Leistungen maßgeblich zu steuern. Je mehr Zusatzeinkünfte der Arzt durch seine Tätigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erzielt, desto größer ist sein Interesse an derartigen Verordnungen.

Die folgenden Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmhaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt:

Änderungsantrag Nr. 1

a) In Artikel 1 Nr. 33 wird als neuer Absatz 5 eingefügt:

„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung Tarife anbieten, in deren Rahmen Behandlungsmethoden und Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen auch dann erbracht werden, wenn diese keine Leistungen der GKV sind.“

b) In Artikel 1 werden die bisherigen Absätze 5 bis 8 zu Absätzen 6 bis 9.

c) In Artikel 1 Nr. 60 – neu – wird in § 34 Abs. 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Regelung des § 53 SGB V bleibt hiervon unberührt.“

Begründung:

Zu a):

Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung durch die GKV hat den Zugang der Versicherten zu Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen, wie der Homöopathie, der Phytotherapie und der Anthroposophie, erheblich eingeschränkt. Auch andere Leistungen der besonderen Therapierichtungen werden von den Versicherten stark nachgefragt, können aber nur in geringem Ausmaß von den Krankenkassen übernommen werden. Die Ermöglichung eines Wahltarifs für diese besonderen Therapierichtungen käme den Wünschen vieler Versicherter entgegen und würde zudem den Krankenkassen ein weiteres Wettbewerbsinstrument an die Hand geben. Zusatzbelastungen für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen keine, da Aufwendungen für Wahltarife nach § 52 Abs. 9 (neu) aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden müssen.

Zu b):

Folgeänderung zu a)

Zu c):

Durch den neuen Satz 2 wird den Krankenkassen ermöglicht, im Rahmen des Wahltarifs auch solche Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen anzubieten, die nicht verschreibungspflichtig sind.

Änderungsantrag Nr. 2

In Artikel 1 ist die Nummer 31 zu streichen.

Begründung:

Mit der vorgenommenen Ergänzung im § 52 sollen versicherte Frauen und Männer, die sich durch medizinisch nicht indizierte Maßnahmen eine Krankheit zugezogen haben, an den Kosten der Behandlung in angemessener Höhe beteiligt werden. Das Krankengeld soll darüber hinaus für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise gestrichen werden oder kann von Patientinnen und Patienten zurückgefordert werden.

Mit dieser Neuregelung wird innerhalb der solidarischen Krankenversicherung ein Paradigmenwechsel eingeläutet. Das hiermit eingeführte Selbstverschuldensprinzip steht symbolisch für einen ersten Schritt aus dem bisher soli-

darisch organisierten Krankenversicherungssystem. Diese Neuregelung passt sich ein in die seit Jahren geführte Debatte um die Selbst-/Eigenverantwortlichkeit für Gesundheit und Krankheit.

Mit der beabsichtigten Regelung wird der zweite Schritt vor dem ersten getan. Die Sanktionierungsmaßnahme wird installiert, bevor die potentiellen Adressatinnen und Adressaten Selbstverantwortlichkeit lernen können. Dieser Sachverhalt verrät, dass die den versicherten Frauen und Männern zugeschriebene Eigenverantwortung einzig und allein synonym für Rationierungs- und Einsparungsbestrebungen steht.

Damit versicherte Frauen und Männer einen selbstverantwortlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit lernen können, brauchen sie zielgruppenspezifische und damit auch schicht- und geschlechtsspezifische Aufklärung und Beratung. Beides findet bisher kaum statt, ist aber deshalb so notwendig, da sich gerade beim angeführten Beispiel Piercings und Tätowierungen vielfach der Habitus sozialer Milieus, mit geringerem Einkommen und geringerer Bildung ausdrückt. Zwar finden sich Piercings und Tätowierungen auch in oberen Schichtmilieus, dort jedoch seltener und in der Regel werden von dieser Gruppe Einrichtungen und Studios aufgesucht, die hygienischen und qualitativen Anforderungen gerecht werden, was nicht zuletzt an finanzielle Möglichkeiten und Bildungskapital geknüpft ist.

Dementsprechend steigt das Verletzungs- oder Erkrankungsrisiko für Frauen und Männer, die unzureichend über die Gefahren der Behandlung aufgeklärt sind und die nicht über die finanziellen Ressourcen für eine qualitäts- und hygienegerechte Behandlung verfügen. Damit geht die Neuregelung eindeutig zulasten sozial benachteiligter Gruppen.

Der neue Passus wirft die Frage auf, wie die aufgeführten Beispiele von anderen Behandlungen, wie bspw. dem Stechen eines Ohrings, abgegrenzt werden können. Da die Beispielaufzählung im Gesetzestext nicht abschließend formuliert ist, und von medizinisch nicht indizierten Behandlungen gesprochen wird, besteht die zentrale Gefahr, dass die Regelung beliebig auf andere Gruppen und Behandlungen ausgeweitet wird. Auch Personen, die sich durch die Einnahme von Tabletten oder auf andere Weise versuchen selbst zu töten, tun dies nicht medizinisch indiziert und weisen hierdurch ein erhöhtes Risiko auf, gesundheitlichen – mitunter dauerhaften – Schaden zu nehmen. In der Logik eines Selbstverschuldensprinzips wäre auch diese Gruppe von der Regelung betroffen.

Des Weiteren stellt sich die Frage der Praktikabilität dieser Neuregelung. Wie will man bspw. einen Zusammenhang zwischen einer Entzündung und einer Tätowierung herstellen, wenn diese zeitverzögert, möglicherweise erst nach Wochen oder Monaten auftritt. Hier wird fälschlicherweise eine Laborsituation angenommen, bei der externe Faktoren weitestgehend ausgeklammert werden.

Änderungsantrag Nr. 3

In Artikel 1 Nr. 37 ist Buchstabe a zu streichen.

Begründung:

Für versicherte Frauen und Männer ab einem bestimmten Jahrgang, die künftig Früherkennungsuntersuchungen im Vorfeld einer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch neh-

men bzw. genommen haben sowie für Frauen und Männern, bei denen der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin eine mangelnde oder fehlende Therapietreue feststellt, soll durch diese Neuregelung die Belastungsgrenze von 1 auf 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt angehoben werden. Hierdurch erwachsen den Betroffenen finanzielle Mehrbelastungen durch erhöhte Zuzahlungen.

#### Früherkennungsuntersuchungen

Die Verpflichtung zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen ist abzulehnen. Die Sinnhaftigkeit dieser Untersuchungen wird speziell im Zusammenhang mit Krebserkrankungen durch internationale Fachkreise in Frage gestellt. Diese Zweifel werden durch Ergebnisse einer Studie der Stiftung Warentest, die in diesem Jahr vorgelegt wurde, unterstrichen. Dort wurden 50 der gängigsten Früherkennungsverfahren analysiert. Davon eigneten sich 13 Methoden nur wenig oder mit Einschränkungen und 36 Methoden gar nicht zur Krebsfrüherkennung. Die Nicht-Eignung vieler Früherkennungsuntersuchungen muss auch im Kontext mangelhafter Qualität der Durchführung betrachtet werden. So verweist der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2000/2001 auf fehlende Leitlinien zur qualitätsgesicherten Früherkennung in Deutschland. Defizite in der medizinischen Fort- und Weiterbildung verschärfen diesen Sachverhalt. Zudem erhöht die Vielzahl Falsch-Positiver und Falsch-Negativer Befunde die Gefahr von Über-, Unter- und Fehlversorgung und verursachen somit viel menschliches Leid auf Seiten der Betroffenen. Da die Entscheidung für oder gegen eine Früherkennungsuntersuchung immer ein Abwägen zwischen Nutzen und Risiken ist, müssen versicherte Frauen und Männer Informationen über Vor- und Nachteile und ihr Recht auf Nichtwissen zur Verfügung gestellt werden, damit sie eine Entscheidung für oder gegen eine solche Früherkennung treffen können. Hiermit würde ein Beitrag geleistet, die gewünschte Entwicklung Frauen und Männer zu mündigen Co-Produzentinnen und Produzenten ihrer Gesundheit zu machen, voranzutreiben.

Üblicherweise sind höhere Bildungs- und Einkommenschichten besser über gesundheitliche Vorsorge und Versorgung aufgeklärt. Die oben geführte Diskussion, könnte vermuten lassen, dass aufgrund der mangelhaften Evidenz und Qualität diese Schichten den Früherkennungsuntersuchungen mit Skepsis begegnen. Bisher zeigt sich jedoch noch ein anderes Bild. Das liegt u. a. daran, dass die kritischen Debatten hierzu bisher überwiegend auf Fachkreise beschränkt blieben und der breiten Öffentlichkeit deshalb schwer zugänglich waren. Insofern ist zu konstatieren, dass noch immer Frauen und Männer höherer Einkommens- und Bildungsschichten Früherkennungsuntersuchungen häufiger in Anspruch nehmen, als solche einkommensschwacher und bildungsferner Milieus. Deren Gesundheitsbewusstsein ist in der Regel geringer ausgeprägt, ihr Gesundheitszustand zumeist schlechter und ihr Gesundheitsverhalten ist eher auf die Gegenwart und weniger auf mögliche zukünftige gesundheitliche Entwicklungen ausgerichtet. Gerade der letztgenannte Personenkreis sollte jedoch stärker durch die Neuregelung erreicht werden. Problematisch hierbei ist, dass Interventionsangebote, die auf diese Gruppen zugeschnitten sind und deshalb von ihnen angenommen werden, bisher

kaum existieren. Dementsprechend wird die Neuregelung ihre beabsichtigten Ziele verfehlen und keine neuen Fakten schaffen. Es ist zu befürchten dass die bestehende Problemlage durch diese Neuregelung noch verschärft wird, da die Gruppen finanziell mehr belastet werden, die ohnehin den unteren sozialen Schichten angehören.

Für Frauen und Männern mit einer Behinderung ist aufgrund häufig fehlender Barrierefreiheit zum Teil nicht sicherzustellen, dass sie in gleicher Weise wie Nichtbehinderte an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen können.

#### Therapiegerechtes Verhalten

Eine Malus-Regelung bei mangelndem oder fehlendem therapiegerechtem Verhalten, schließt eine Ursachenforschung wie auch eine gezielte Intervention, die notwendig ist, um Therapietreue zu erhöhen, aus. Forschungsergebnisse belegen, dass Patientinnen und Patienten dann eine höhere Therapietreue aufweisen, wenn sie in den Behandlungsprozess aktiv einbezogen, ihre Bedenken im Behandlungsgeschehen ernst genommen und berücksichtigt werden und wenn eine umfassende Beratung und Schulung erfolgt, die impliziert, dass die Therapie auf ihre individuellen Alltags- und Lebensgewohnheiten ausgerichtet wird. Diese umfassende Begleitung ist heute in der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patientin/Patient vielfach nicht gegeben.

Gerade chronisch kranke Frauen und Männer, verfügen oft über ein umfangreiches Wissen bezüglich ihrer Erkrankungen und unterschiedlichster Behandlungsmethoden. Wird diese Vorerfahrung vom behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin unzureichend berücksichtigt, entscheiden sich viele chronisch Erkrankte bewusst gegen eine vorgegebene Therapie und schützen sich dadurch nicht selten vor unerwünschten Therapiewirkungen (Intelligente Non-Compliance). Andere Patientinnen und Patienten wiederum leben in dem Glauben die Therapie so umzusetzen, wie verordnet, tun es faktisch jedoch nicht, da sie die ärztlichen Anweisungen nur unzureichend oder falsch verstanden haben oder aber die Hinweise der Ärztin/des Arztes vergessen (Unbewusste Non-Compliance). Forschungsbefunden zufolge trifft dieser Sachverhalt vor allem auf ältere Frauen und Männer und solche mit geringerem Bildungsstatus zu und wirkt dementsprechend das Problem der sozialen Ungleichheit auf. Hinzu kommt, dass viele der Behandlungsleitlinien nicht geschlechtsspezifisch differenziert, größtenteils auf den männlichen Körper zugeschnitten sind und unterschiedliche Wirkungen und Nebenwirkungen bei Frauen und Männern außer Acht lassen.

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrem Adhärenzbericht des Jahres 2003 (WHO 2003) darauf verwiesen, dass Non-Compliance ein vielschichtiges Phänomen ist. Deshalb muss eine Optimierung der Compliance oder Adhärenz (Therapiemotivation) auch auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Sanktionierende Maßnahmen sind aus Sicht der Compliance- und Adhärenzforschung kein probates Mittel um die Therapietreue zu verbessern.

Schließlich kann die Weiterleitung mangelnder Therapietreue durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und den Patientinnen und Patienten nachhaltig stören. Es ist damit zu rechnen, dass in Behandlung befindliche Frauen und Männer in Folge dessen die Ärztin/den Arzt wechseln, oder aber wichtige Informatio-

nen, die für eine gezielte Behandlung notwendig wären, zurückhalten oder nicht wahrheitsgetreu weitergeben. Auf der einen Seite haben Ärztinnen und Ärzte ein Interesse daran, ihre Patientinnen und Patienten zu behalten, so wird vermutet, dass die Neuregelung in der Praxis nicht greifen wird. Auf der anderen Seite wird befürchtet, dass die Neuregelung als Selektionsinstrument verwendet wird, um „unliebsame“ Patientinnen und Patienten loszuwerden.

Die Regelung widerspricht allen Ansätzen der gemeinsamen bzw. partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Ärztin/Arzt und Patientinnen/Patient und würde die längst überkommene und in Fachkreisen durchweg kritisierte paternalistische und damit hierarchische Arzt-Patienten-Beziehung erneut aufleben lassen.

Änderungsantrag Nr. 4

In Artikel 1 Nr. 40 wird § 65b um einen neuen Absatz 3 ergänzt:

„(3) Ergänzend beteiligt sich die private Krankenversicherung an der Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach Absatz 1 durch einen Finanzierungsbeitrag in Höhe von jährlich insgesamt 500.000 Euro.“

Begründung:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern mit insgesamt 5.113.000 Euro je Kalenderjahr im Rahmen von Modellvorhaben Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung. Dabei bringen sie die Fördermittel durch einen Anteil der Mitglieder ihrer Kassenart an der Gesamtzahl aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechende Umlage auf. Die Beratungsleistungen dieser Einrichtungen werden auch von privat versicherten Personen in Anspruch genommen. Nach Evaluationsberichten verschiedener Beratungsstellen sind rund 12 bis 13 % der Ratsuchenden privat versichert. Dem hier vorgesehenen Finanzierungsanteil der PKV liegt ihr Marktanteil zugrunde.

Änderungsantrag Nr. 5

a) In Artikel 1 Nr. 55 wird § 85b Abs. 1 um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Satz 1 gilt nicht für psychotherapeutische Leistungen sowie für vertragszahnärztliche Leistungen.“

b) In Artikel 1 Nr. 57 wird § 87 Abs. 2 um folgenden Satz 3 ergänzt:

„Psychotherapeutische Leistungen werden als Einzelleistungen abgebildet.“

c) In Artikel 1 Nr. 57 wird § 87 Abs. 2a um folgenden Satz 3 ergänzt:

„Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie (psychosomatische Medizin) sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“

Begründung:

Zu a):

Psychotherapeuten dürfen fast nur Leistungen erbringen, die zeitgebunden sind und vorab von den Krankenkassen genehmigt werden müssen. Sie unterliegen damit bereits einer strikten Mengensteuerung, zusätzliche mengensteuernde Regelungen wie arztbezogene Regelleistungsvolumina sind damit verzichtbar.

Zu b):

Bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wird auch die aufgewendete Zeit berücksichtigt. Dies ist wichtig, da sich der Behandlungsaufwand auch bei gleicher Diagnose von Patient zu Patient erheblich unterscheiden kann. Diese differenzierten Ansprüche lassen sich nicht in Fallpauschalen abbilden. Für diese Ärztegruppe bleibt es deshalb bei der Einzelleistungsvergütung. Diese Auffassung wurde in der Anhörung zum GKV-WSG auch von KBV und GKV-Spitzenverbänden unterstützt.

Zu c):

Die bisher im § 85 Abs. 4 SGB V getroffene Regelung zur Sicherung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit wird in das GKV-WSG übertragen. Der Gesetzgeber hatte mit dieser Regelung Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen verpflichtet, die Honorare für psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung auf Landesebene so zu stützen, dass eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit entsteht. Das Bundessozialgericht fordert auf dieser Basis in ständiger Rechtsprechung eine besondere Berücksichtigung der genehmigungspflichtigen, zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen. Da die Handlungsspielräume der KVen und Krankenkassen auf Landesebene für die Umsetzung dieser Zielvorgabe nicht mehr gegeben sind, wird die Umsetzung dieses Ziels im Kontext der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Aufgabe des Bewertungsausschusses gemacht.

Änderungsantrag Nr. 6

In Artikel 1 ist folgende Nummer 60 einzufügen:

„60. § 91 SGB V wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 Nr. 2 wird als neuer Satz 2 eingefügt:

„Die Regelungen müssen sicherstellen, dass die nach dem vierten Kapitel SGB V zugelassenen Leistungserbringer in den Unterausschüssen angemessen vertreten sind, wenn ihre Berufsaufgaben durch das jeweilige Beratungsthema berührt sind.“

Begründung:

Die demografische Entwicklung und die damit verbundene Veränderung des Krankheitspanoramas haben dazu geführt, dass viele Gesundheitsberufe ihr Tätigkeitsprofil erweitert und z. T. durch eine Akademisierung der Ausbildung vertieft haben. Für sachgerechte und legitimierte Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Einbringung der Sachkompetenz dieser Gesundheitsberufe über das bisher praktizierte Anhörungsverfahren hinaus notwendig. Neben einer sektorübergreifenden Ausrichtung sollte der Gemeinsame Bundesausschuss konsequent den Gesichtspunkt der Multidisziplinarität berücksichtigen, um somit zum einen die Legitimation der Entscheidungen zu stärken und zum ande-

ren die Bedingungen des Transfers der Entscheidungen in die Praxis zu verbessern. Nur unter der Voraussetzung der hiermit vorgeschlagenen Gesetzesänderung ist auch die im Gesetzesentwurf unter Nr. 99 vorgesehene Streichung der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege akzeptabel.

#### Änderungsantrag Nr. 7

In Artikel 1 Nr. 103 ist Buchstabe b zu streichen.

#### Begründung:

Der Gesetzesentwurf sieht einen Abschlag von 3 Prozent auf die vertraglich vereinbarten Vergütungen für Rettungsdienste und andere Krankentransporte vor. Werden die Entgelte nicht über Verträge, sondern durch landes- oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, reduziert sich die Leistungspflicht der Krankenkassen entsprechend.

Verträge werden insbesondere mit Taxi- und Mietwagenunternehmen abgeschlossen. Diese Anbieter werden nicht mehr bereit sein, Preise unterhalb der sonst maßgeblichen Taxitarifordnung zu vereinbaren, wenn dies mit einem Abschlag von 3 % „bestraft“ wird, während vertragslose Unternehmen den vollen Tarifpreis abrechnen können. Im Rettungsdienstbereich findet die Festlegung von Benutzungsentgelten vielfach über landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen statt. Diese werden auf Basis der von den Leistungsanbietern kalkulierten Selbstkosten festgelegt. Es ist daher davon auszugehen, dass der 3 %ige Abschlag von den Leistungserbringern entweder in die Preise einberechnet wird oder die Patientinnen und Patienten zusätzlich zur Zuzahlung nach § 61 SGB V eine Aufzahlung leisten müssen. Diese Aufzahlungen werden nicht über die Härtefallregelungen nach § 62 SGB V aufgefangen, da es sich bei ihnen nicht um Zuzahlungen im engeren Sinne, sondern um kommunale Gebühren handelt.

Vor diesem Hintergrund sowie im Hinblick auf die zu erwartenden Belastungen der Versicherten ist auf die vorgesehene Kürzung zu verzichten. Stattdessen sollte die Bundesregierung daraufhinwirken, dass die Festsetzung der Benutzungsentgelte im Rettungsdienst nicht mehr durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen, sondern in allen Bundesländern durch den Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und Anbietern erfolgt. Dadurch könnte die Wirtschaftlichkeit in diesem Leistungsbereich deutlich gesteigert und auch die notwendige Koordination zwischen dem Rettungsdienst und anderen Versorgungsbereichen verbessert werden. Einen entsprechenden Vorschlag hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen bereits in seinem Jahresgutachten 2003 gemacht.

#### Änderungsantrag Nr. 8

In Artikel 1 Nr. 122 wird in § 140f als neuer Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei den Gesamtverträgen gemäß §83 SGB V erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Landesebene maßgeblichen Organisationen das Recht zur Stellungnahme. Wird ihrem Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

#### Begründung:

Die Patientenbeteiligung in den Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüssen beschränkt sich auf die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze und die Ermächtigung von Ärzten und Kliniken, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Damit bleiben die Patientenvertreter von vielen wichtigen Vereinbarungen über die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ausgeschlossen. Dem wird entgegengewirkt, indem die Patientenvertreter künftig auch beim Abschluss der Gesamtverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen das Recht zur Stellungnahme erhalten.

#### Änderungsantrag Nr. 9

- a) In Artikel 1 Nr. 121 Buchstabe a ist Doppelbuchstabe bb zu streichen
- b) In Artikel 19 sind die Nummern 1 und 2 zu streichen.
- c) In Artikel 20 sind die Nummern 2 und 3 zu streichen

#### Begründung:

Die Krankenhäuser sind durch die jüngsten Tarifabschlüsse für die Krankenhausärzte, durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und durch die bevorstehende Anhebung der Mehrwertsteuer um 3 Prozentpunkte ab dem 1. Januar 2007 finanziell stark belastet. Eine zusätzliche Belastung durch den vorgesehenen Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 % zu Gunsten der GKV ist für viele Häuser nicht zu verkraften. Zudem ist ein gleichmäßig und undifferenziert von allen Krankenhäusern zu erbringender Sanierungsbeitrag nicht gerecht. Er trifft auch die Krankenhäuser, die bereits erhebliche Wirtschaftlichkeitsanstrengungen unternommen und damit die GKV entlastet haben.

#### Änderungsantrag Nr. 10

- a) In Artikel 2 Nr. 14 wird § 91 Abs. 2 um folgenden Satz ergänzt:

„Bei der Besetzung des Beschlussgremiums haben die Beteiligten nach Maßgabe des Bundesgremienbesetzungsgesetzes darauf hinzuwirken, dass eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern erreicht wird.“

- b) In der Begründung zu Artikel 2 Nr. 14 bzw. § 91 Abs. 2 wird der Satz

„Bei der Besetzung des Beschlussgremiums haben die Beteiligten nach Maßgabe des Bundesgremienbesetzungsgesetzes darauf hinzuwirken, dass eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern erreicht wird.“

gestrichen.

#### Begründung:

Der Verweis, dass bei der Besetzung des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses das Bundesgremienbesetzungsgesetzes gilt, dessen Ziel es ist eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern zu erreichen, sollte explizit im Gesetz und nicht implizit in der Begründung enthalten sein.

Abgelehnt hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP den

folgenden von der Fraktion der FDP eingebrachten Entschließungsantrag:

*Der Bundestag wolle beschließen:*

*Der Bundestag stellt fest:*

*Der Entwurf des GKV-WSG wird den Zielen, die Finanzierung der GKV längerfristig auf tragfähige Fundamente zu stellen, die Lohnzusatzkosten zu senken und den Wettbewerb zu stärken, nicht gerecht. Weder wird in irgendeiner Form Vorsorge dafür getroffen, dass die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung immer weiter auseinander geht. Noch wird die konjunkturanfällige und den Arbeitsmarkt belastende Anbindung der Beiträge an die Löhne und Gehälter beseitigt. Auch sinken die Beitragssätze nicht, sondern sie steigen kontinuierlich an. Dafür ist die von der großen Koalition zu verantwortende Mehrwertsteuererhöhung um drei Prozent zum 1. Januar 2007 verantwortlich, aber auch die ebenfalls von der großen Koalition zu verantwortende Zurückführung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen, die auch durch das GKV-WSG nicht beseitigt, sondern lediglich gemildert wird. Zum 1. Januar 2007 haben zahlreiche gesetzliche Krankenkassen unter Berücksichtigung der Auswirkungen des GKV-WSG ihre Beiträge zum Teil drastisch erhöht. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz ist dadurch von 14,2 Prozent auf 14,7 Prozent gestiegen. Dieser Trend wird sich fortsetzen, wenn erst die Auswirkungen der Leistungsausweitungen voll zum Tragen kommen.*

*Der Wettbewerb, der angeblich gestärkt werden soll, wird stattdessen bei den gesetzlichen Krankenkassen in einem entscheidenden Punkt beschnitten, der Beitragsgestaltung. Bei den Leistungen wird das Einheitsangebot ausgeweitet, in dem Satzungs- zu Pflichtleistungen werden wie z. B. im gesamten Bereich der Rehabilitation. Ein konsistenter wettbewerblicher Rahmen fehlt. Der entscheidende § 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, der wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen verbindet, findet nach wie vor in der GKV keine Anwendung. Das gilt auch für das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb. Im Bereich der PKV nimmt man den Unternehmen beim Basistarif jegliche Gestaltungsmöglichkeit. Sie müssen für einen bestimmten Personenkreis einen einheitlich kalkulierten Tarif mit Einheitsleistungen à la GKV anbieten und sind über die Beitragskappung auch noch gezwungen, ihren anderen Versicherten nicht äquivalenzbezogene Zusatzlasten aufzubürden.*

*Der Gesetzentwurf begegnet weiterhin erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Die Regelungen haben zum Teil Eingriffe in die Vertragsautonomie und die Eigentumsrechte der Versicherten und der Versicherer zur Folge. Die Verpflichtung für die PKV, einen Einheitsbasistarif anzubieten, kollidiert sowohl mit den Grundrechten der Versicherungsunternehmen als auch mit denen der Versicherungsnehmer. Die Einführung des Basistarifs greift in das Grundrecht der Berufsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen gem. Art. 12 Abs. 1 GG ein, da die Prämien künftig nicht mehr am individuellen Krankheitsrisiko orientiert werden dürfen. Hier liegt auch eine Verletzung des Vertrauensschutzes vor, da mit der Einführung eines Basistarifs mit Kontrahierungszwang die Stabilität einer abgeschlossenen Risikoprognose hinfällig wird. Gegen die geplante Portabili-*

*tät der Altersrückstellungen für bereits heute Privatversicherte bestehen Bedenken im Hinblick auf Art. 14 Abs. 1 GG. Nach allgemeiner Auffassung stehen die Alterungsrückstellungen dem Versicherer und nicht dem einzelnen Versicherten zu. Altersrückstellungen sind fremdnütziges Eigentum des Versicherungsunternehmens. Darüber hinaus liegt ein Eingriff in Art. 12 Abs. 1 GG nahe, da die Mitnahme portabler Altersrückstellungen eine negative Risikoselektion zur Folge hat, die wiederum zu Beitragssteigerungen und damit zur sinkenden Attraktivität der PKV insgesamt führen kann. Da der Steuerzuschuss zur Kindermitversicherung nur den gesetzlich Versicherten, nicht aber den Privatversicherten zugute kommen soll, ist diese Regelung im Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz aus Art. 3 GG bedenklich. Der Bundesregierung ist es in den parlamentarischen Beratungen nicht gelungen, diese gravierenden verfassungsrechtlichen Bedenken schlüssig zu entkräften.*

*Der Gesetzentwurf ist ein weiterer Mosaikstein in dem Versuch, aus einer pluralistischen Gesellschaft mit dem Vorrang individueller Lösungen bei sozialer Unterstützung ein kollektives Zwangssystem zu machen. Statt den Rahmen dafür zu setzen, dass eine soziale Absicherung für Bedürftige und Behinderte gewährleistet ist, bestimmt der Staat für alle Bürger welche Leistungen sie wie zu versichern haben. Dabei beschränkt er sich nicht etwa auf einen Katalog von Grundleistungen, sondern das Leistungsspektrum reicht von der Höhe des Krankengeldes über die Psychotherapie und den Zahnersatz bis zur Rehabilitation. Das betrifft nicht mehr nur 90 Prozent GKV-Versicherte, sondern wird ausgeweitet auf die Basistarifversicherten. Über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der mit zahlreichen neuen Aufgaben betraut wird und der damit in noch stärkerem Maße mit einer umfassenden Definitionsmacht ausgestattet ist wie Medizin in Deutschland auszusehen hat, wird die Vereinheitlichung nicht nur der Leistungsblöcke, sondern auch der Versorgung im Einzelfall betrieben. Die Erkenntnis, dass jeder Patient anders und die Medizin eine Erfahrungswissenschaft und keine Naturwissenschaft mit klar definierten Regeln ist, wird zugunsten zentralisierter Vorgaben aufgegeben. Die Therapiefreiheit wird immer mehr eingeschränkt.*

*Die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sind von ganz erheblicher gesellschaftspolitischer Relevanz. Unter dem Deckmantel des wohlmeinenden Diktats des Staates wird die Autonomie des einzelnen Bürgers beschnitten und die Eigenverantwortung durch Kollektivzwang ersetzt. Die angeblich so hohe Zahl der Nichtversicherten ist zum Anlass genommen worden, in Deutschland erstmals die Versicherungspflicht einzuführen. Das Problem der Nichtversicherten hätte sich allerdings auch ohne eine Versicherungspflicht lösen lassen. Die PKV hat hierzu Lösungen über entsprechende Öffnungsklauseln für den bisher schon angebotenen Standardtarif angeboten. Die Verhältnismäßigkeit der gewählten Lösung muss deshalb in Frage gestellt werden. Der – für jedermann zwingende – Krankenversicherungsschutz wird mehr und mehr gleich geschaltet. Die gesetzlichen Krankenkassen verlieren ihre Beitragsautonomie und ihren Gestaltungsspielraum bei den Satzungsleistungen. Die privaten Krankenversicherer werden gezwungen, einen Basistarif mit Kontrahierungszwang anzubieten, der von der Leistungsseite dem GKV-Angebot entspricht und der einheitlich für alle Versicherer kalkuliert wird. Unternehmerische Freiheit besteht nur noch im Hinblick auf die Gestaltung der Verwal-*

tungskosten. Alles andere ist gesetzlich festgelegt. In die freie Vertragsgestaltung bei den PKV-Verträgen bisheriger Prägung wird durch die nötige Quersubventionierung der Basis-tarife ebenfalls eingegriffen. Diese Quersubventionierung ergibt sich aus den sozial motivierten Beitragskappungen. Sie machen die Tarife teurer, ohne dass dem adäquate Leistungen gegenüber stehen. Neben dieser Absenkung der Attraktivität wird der Bereich der rein privaten Absicherung für den Krankheitsfall auch durch direkte gesetzliche Eingriffe weiter verkleinert. Arbeitnehmer, die mit ihrem Verdienst über der Versicherungspflichtgrenze von zurzeit 3.975 Euro monatlich liegen, müssen 3 Jahre warten bis sie in die PKV wechseln können. Das gilt sogar für Berufsanfänger, die bis dahin immer PKV-versichert gewesen sind.

Das GKV-WSG stellt damit eindeutig die Weichen in Richtung eines gesetzlich dominierten Einheitssystems, das den Anspruch einer „rundum Sorglosabsicherung“ erweckt, der im Hinblick auf die zukünftigen Entwicklungen nicht zu halten ist. Die Intention, die heute schon absehbaren Ausgabesteigerungen über eine erhöhte Zufuhr von Steuermitteln finanzieren zu wollen, ist der untaugliche Versuch, sich um die eigentlich notwendigen Strukturveränderungen zu drücken. Wie wenig das funktioniert, zeigt sich in der Rentenversicherung, in der der Bundeszuschuss mittlerweile 78 Mrd. Euro jährlich beträgt. Die Beitragssätze jedoch steigen weiter.

Die Politik in Deutschland steht vor der großen Herausforderung, die langfristige Finanzierbarkeit der Sozialversicherungssysteme vor dem Hintergrund einer deutlich verlängerten Lebenserwartung und einer niedrigen Geburtenrate zu sichern. Das heutige GKV-System der Absicherung im Krankheitsfall über das Umlageverfahren gerät in immer größere Schwierigkeiten. Es setzt das Funktionieren des Generationenvertrages voraus. Der Berechnung der Beiträge werden die Einkommen zugrunde gelegt und nicht die notwendigen Gesundheitskosten. Im Rentenalter mit niedrigem Einkommen sinken deshalb die Krankenversicherungsbeiträge. Gleichzeitig steigt der Bedarf an medizinischen Leistungen. Ein gleich gelagertes Problem ergibt sich bei Arbeitslosen. Eine hohe Anzahl von Rentnern und Arbeitslosen gefährdet damit bei der heutigen Art der Finanzierung die Existenz der GKV. Beschleunigt wird dieser Prozess durch eine weitere Besonderheit, den Arbeitgeberbeiträgen, die automatisch mit den Beitragssätzen steigen. Die dadurch bedingte Verteuerung des Einsatzes von Arbeit führt dazu, dass versucht wird, Arbeit wo immer das möglich ist durch Maschinen zu ersetzen. Das wiederum erhöht die Zahl der Arbeitslosen. Eine Ausweitung dieses Finanzierungssystems auf noch mehr Personen als bisher ist deshalb kontraproduktiv. Benötigt wird eine grundlegende Strukturreform, die folgende Bedingungen erfüllt: Sie muss Vorsorge für die demografische Entwicklung treffen, die den Menschen einen hohen Freiheitsgrad bei gleichzeitigem lückenlosen Krankenversicherungsschutz für die allein nicht tragbaren finanziellen Folgen bei Erkrankung oder Behinderung garantiert. Sie muss den Arbeitsmarkt entlasten und damit auch die Voraussetzungen dafür schaffen, medizinischen Fortschritt weiter finanzieren zu können. Sie muss für ein hohes Maß an Effizienz, Transparenz und Qualität sorgen. Das heißt u. a.:

- die Arbeitgeberbeiträge müssen dauerhaft von den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entkoppelt,

d. h. die Arbeitgeberbeiträge als Lohnbestandteil ausbezahlt werden,

- es muss echter Wettbewerb zugelassen werden und zwar sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der Versicherer, das heißt: die Krankenversicherer sind Unternehmen, die mit optimierten Lösungen um ihre Kunden werben. Es gibt tarifliche und vertragliche Vielfalt mit zahlreichen Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten,
- das per Gesetz verpflichtend abzusichernde Krankenversicherungspaket ist auf die medizinisch notwendigen Leistungen zu begrenzen. Die für notwendig erachtete Einkommensumverteilung gehört bei einem Systemwechsel ins Steuer- und Transfersystem ebenso wie die Finanzierung der aus familien- oder sozialpolitischen Gründen gewünschten Leistungen,
- die Solidarität mit den Schwachen muss auf eine dauerhaft tragfähige Basis gestellt werden durch Organisation der notwendigen finanziellen Unterstützung über das Steuer- und Transfersystem,
- die Solidarität mit den nachwachsenden Generationen ist durch den Aufbau von Altersrückstellungen zu sichern und damit dem Grundsatz der Nachhaltigkeit zu genügen.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 lagen dem Ausschuss auch 51 Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten sprechen sich im Wesentlichen aus

- für den Erhalt der sozialen und solidarischen Krankenversicherung,
- für den Ersatz der GKV durch eine steuerfinanzierte staatliche Zwangsfürsorge,
- für eine steuerfinanzierte Kinderversicherung,
- für die Integration der Privatversicherten in die GKV,
- für die Öffnung der GKV für Nichtversicherte,
- für die Verbesserung der Rückkehrmöglichkeit in die GKV,
- für die Abschaffung der Pflichtversicherung der Rentner in der GKV,
- für die Verbesserung der Aufnahmemöglichkeiten in die GKV nach Auslandsaufenthalt und bei ausländischer Staatsbürgerschaft,
- für die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze,
- für die Schaffung eines bundesweit einheitlichen Beitragseinzuges,
- für eine bessere Vergütung der ärztlichen Leistungen und bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung,
- für ein umfassendes Gesetz zur Palliativversorgung sterbender Menschen,
- für den Erlass der Praxisgebühr für Rentner,
- für eine Übertragbarkeit von Altersrückstellungen in der PKV zur Erleichterung der Wechselmöglichkeiten,
- für die Beteiligung der PKV am Gesundheitsfonds,
- für die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Medikamente,

- gegen die Gesundheitsreform als Ganzes,
- gegen die Reformpläne für die PKV und gegen angebliche Pläne, Selbstständige in eine Einheitsversicherung zu zwingen,
- gegen den „Hausarztvertrag“, die „Zwangspensionierung“ der Kassenärzte ab dem 68. Lebensjahr sowie das Niederlassungsverbot nach vollendetem 55. Lebensjahr,
- gegen Überlegungen, wonach Krebsselfhilfe-Kontaktstellen von der Selbsthilfeförderung ausgeschlossen werden sollen,
- gegen die Aufnahme der von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlenen Impfungen in den Leistungskatalog der GKV,
- gegen den Gesundheitsfonds und den Zusatzbeitrag,
- gegen sämtliche Zuzahlungen und für stabile Beiträge,
- gegen die geplanten Neuregelungen zum Schutz der Arzneimittelverordnungsdaten,
- gegen die Gesundheitsprüfung bei der Aufnahme in die PKV,
- gegen einen mit den geplanten Insolvenzbestimmungen eventuell verbundenen Arbeitsplatzabbau bei den Krankenkassen,
- gegen den geplanten Basistarif in der PKV,
- gegen die geplante Auflösung der Spitzenverbände und die Neuordnung der Verbandsstrukturen.

Den Anliegen der Petenten konnte durch die vom Ausschuss empfohlenen Gesetzesänderungen in einigen Fällen entsprochen werden. Dies hat der Ausschuss dem Petitionsausschuss mitgeteilt.

So wurde z. B. im Laufe der Ausschussberatungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 16/3100 eine Petition behandelt, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Der Petent wandte sich insbesondere dagegen, dass der Arbeitgeber Gesamtsozialversicherungsbeiträge und Meldungen an eine Vielzahl von Krankenkassen übermitteln muss. Bis zum 1. Januar bleibt nach den Gesetzesänderungen zwar die bisherige Struktur des Beitragseinzuges erhalten. Danach erhalten aber die Arbeitgeber die Option, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Sie können damit ihren Verwaltungsaufwand erheblich reduzieren.

In mehreren Eingaben setzten sich die Petenten für vereinfachte Aufnahmemöglichkeiten in die GKV oder PKV ein. So beehrte ein Rentner während des Gesetzgebungsverfahrens das Wiederaufleben der Mitgliedschaft in der GKV, nachdem ihm trotz langjähriger Mitgliedschaft aufgrund versäumter Beitragszahlungen von seiner Krankenkasse gekündigt wurde und eine Mitgliedschaft in einer privaten Krankenkasse aufgrund seines Alters nicht mehr möglich war. Mit den jetzt beschlossenen Gesetzesänderungen wird für Personen eine Versicherungspflicht begründet, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Mit dieser Regelung wird das politische Ziel umgesetzt, dass in Deutschland im Krankheitsfalle niemand ohne Schutz sein soll.

Im Verlauf der Ausschussberatung stellten die **Fractionen der CDU/CSU und SPD** einige Aspekte klar:

Die Leistungen der GKV umfassten nicht die Maßnahmen des Arbeitsschutzes. Daran ändere sich auch durch die Neuformulierung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Zusammenarbeit mit der Unfallversicherung in den §§ 20a und 20b SGB V nichts.

Weiterhin sei klarzustellen, dass dem Vorschlag des Bundesrates, eine Einbeziehung der landwirtschaftlichen Krankenkassen in die Bundesmittel zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen auch ab dem Jahr 2009 sicherzustellen, derzeit nicht gefolgt werden könne. Wegen der Einführung des Gesundheitsfonds bedürfe es noch näherer Prüfung, in welcher Form dieses Ziel erreicht werden könne. Die Bundesregierung werde gebeten, rechtzeitig einen geeigneten Vorschlag zu unterbreiten, mit dem dieses Vorhaben umgesetzt werden könne.

Im Zusammenhang mit den für die landwirtschaftliche Krankenversicherung vorgesehenen Regelungen wäre vom Bundesrat des Weiteren vorgeschlagen worden, Artikel 15 Nr. 21 Buchstabe a zu streichen, da ein einheitlicher Grundbeitrag keineswegs mit dem Solidarprinzip unvereinbar sei. In der Begründung zum Gesetzentwurf werde hingegen ausgeführt, dass derartige Gestaltungen dem Grundsatz der solidarischen Finanzierung widersprächen. Bei den Beratungen im Ausschuss sei festgestellt worden, dass diese Formulierung offenbar missverständlich sei. Keineswegs sei ein einheitlicher Grundbeitrag oder ein für alle oder mehrere Beitragsklassen einheitlicher Beitragsteil mit pauschalen Zusatzbeiträgen gleichzusetzen, wie sie das Gesetz für die gesetzliche Krankenversicherung vorsehe. Es sei hervorzuheben, dass die Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkassen sich an den Kosten der Versichertengemeinschaft nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beteiligen sollen. Bestimmend für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Mitglieder sei nach den gesetzlichen Vorschriften der landwirtschaftlichen Krankenversicherung das Einkommen aus der Land- und Forstwirtschaft, wobei aus Gründen der Praktikabilität auf einen Flächenmaßstab als Hilfsmaßstab abgestellt werde. Neben der Erhebung einkommensabhängiger Beiträge lasse das Gesetz aber einen einheitlichen Grundbeitrag oder einen für alle oder mehrere Beitragsklassen einheitlichen Beitragsteil nicht zu. In der Praxis seien insoweit jedoch Zweifel aufgetreten, weil in der gesetzlichen Unfallversicherung wegen des Risikobezuges der dort zu entrichtenden Beiträge ein einkommensunabhängiger Grundbeitrag vom Gesetz vorgesehen sei. Im Interesse der Klarheit erscheine die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung deshalb notwendig, so dass dem Vorschlag des Bundesrates nicht gefolgt werden könne.

Im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung werde darauf hingewiesen, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zu einem Angebot der hausarztzentrierten Versorgung in § 73b Abs. 4 von diesen verlange, eine genügend große Anzahl von Hausärzten unter Vertrag zu nehmen, damit sie ihren Versicherten ein wohnortnahes, hausärztliches Betreuungsnetz zur Verfügung stellen können.

Ferner sei ausdrücklich festzustellen, dass die neu eingefügte Vertragspartnerschaft der KVen – wie bereits in der Begründung zu dem entsprechenden Änderungsantrag ausgeführt –

nicht verknüpft sei mit einer kollektivvertraglichen Bindungsbefugnis der KV gegenüber den in ihr organisierten Hausärzten. Vielmehr sei ihre Vertragspartnerschaft abgeleitet von der sie beauftragenden Gemeinschaft der Hausärzte, d. h. die KV könne auch nur diese Hausärzte durch ihren Vertragsschluss binden. Möglich sei jedoch, dass die hausärztliche Vertragsgemeinschaft anderen Hausärzten den Vertragsbeitritt eröffnede.

Im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds werde hinsichtlich der Konvergenzregelung in § 272 SGB V nochmals betont, dass es Ziel dieser Regelung sei, unverhältnismäßige Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wobei nicht nur die finanziellen Auswirkungen der Änderungen und der Ausweitung des Finanzkraftausgleichs auszugleichen seien. Seien im Startjahr des Fonds die Zuweisungen aus dem Fonds für die in einem Land wohnhaften Versicherten deutlich geringer (oder höher) als die bisherigen Einnahmen gemäß § 272 Abs. 1 Satz 3, greife bezüglich des Differenzbetrags die Konvergenzklausele.

Im Hinblick auf die Neuregelungen zu Fusionen im Krankenkassenbereich werde darauf hingewiesen, dass davon ausgegangen werde, dass die an kassenartenübergreifenden Fusionen beteiligten Krankenkassen dafür Sorge trügen, dass die Fusionen sozialverträglich durchgeführt und die berechtigten Belange der Beschäftigten gewahrt blieben.

Die **Fraktion der CDU/CSU** hob hervor, dass durch die Einrichtung eines Gesundheitsfonds die Position der Versicherten gestärkt würde. Sie seien in Zukunft in der Lage, das Angebot ihrer Kasse nach der Leistung und dem Preis zu beurteilen. Die jeweilige Kasse erhalte aus dem Fonds für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag. Komme sie damit nicht aus, müsse sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag verlangen, der 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten dürfe. Er werde bis zu einem Beitrag von 8 Euro monatlich ohne Einkommensprüfung erhoben. Benötige eine Kasse weniger Mittel als sie aus dem Fonds erhalte, könne sie den Versicherten einen Bonus zahlen. An der Höhe des Zusatzbeitrages bzw. Bonus könnten die Versicherten erkennen, ob eine Kasse die Beitragsmittel wirtschaftlich einsetze. Das sei ein wichtiger Transparenzgewinn. Mit dem Gesundheitsfonds werde auch der Arbeitgeberbeitrag temporär festgeschrieben und damit der Einstieg in die Entkoppelung der Arbeits- von den Gesundheitskosten geschafft. Darüber hinaus leiste diese Reform einen wichtigen Beitrag zur Generationengerechtigkeit. Denn mit der Definition eines einheitlichen Verschuldensbegriffs und den geplanten Regeln zur Insolvenz werde der Druck auf die Kassen erhöht, ihr wirtschaftliches Gebahren offen zu legen, ihre Schulden abzubauen und Rückstellungen für zukünftige Lasten aufzubauen. Mit diesem Gesetzentwurf werde ferner die Budgetierung der ärztlichen Honorare beendet und Ausgabensteigerungen aufgrund erhöhter Krankheitshäufigkeit der Versicherten (Morbiditätsrisiko) auf die Kassen verlagert. Zentrales Ziel der neuen Vertragsgebührenordnung sei die leistungsgerechte Vergütung ärztlicher Leistungen mit festen Euro-Preisen. Um die Unterversorgung mit Ärzten in den neuen Ländern auch schon vor Einführung der neuen ärztlichen Gebührenordnung abzubauen, müssten die Kassen Sicherstellungszuschläge in erforderlicher Höhe bereitstel-

len. Der Innovationsstandort Deutschland werde gestärkt, in dem über Erstattungshöchstbeträge und Kosten-Nutzen-Bewertungen Anreize gesetzt würden, Forschung um innovative Präparate zu verstärken. Zudem würden die Kassen bei der Finanzierung ambulanter klinischer Studien in die Finanzierung der Versorgungsforschung einbezogen. Mit der Reform werde der Wettbewerb in der GKV durch Erweiterung der Möglichkeit von Kassen mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Hausarztverträge, Verträge zur Integrationsversorgung sowie zu besonderen Versorgungsformen abzuschließen intensiviert. Die Kassen könnten zudem im Bereich der Hilfsmittel Ausschreibungen vornehmen und Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen. Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten würden erweitert durch Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarife sowie durch die Möglichkeit, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (sog. OTC-Präparate), deren Erstattung heute nicht von den Kassen übernommen werde, über einen Wahltarif abzusichern. Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation würden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten in Bezug auf die Wahl der Einrichtungen erweitert. Die PKV bleibe als Vollversicherung erhalten. Dort würden mit der Einführung der Portabilität der Altersrückstellungen der Wettbewerb und die Transparenz für die Versicherten gestärkt. Der Gesetzentwurf Sorge ferner dafür, dass niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz bleibe. Es entstehe aber keine Einheitsversicherung. Im Bereich der PKV werde lediglich eine Nachweispflicht eines Versicherungsschutzes in einem der bestehenden PKV-Tarife, der ambulante und stationäre Leistungen umfasse, eingeführt.

Insgesamt führe der Gesetzentwurf zu Einsparungen in Höhe von 1,1 Mrd. Euro in diesem Jahr und mit bis zu 1,5 Mrd. Euro sei für das Jahr 2008 zu rechnen. Die von den Oppositionsfractionen vorlegten Alternativkonzepte würden nicht überzeugen, insbesondere fehle in dem Antrag der Fraktion der FDP ein Finanzierungstableau.

Die **Fraktion der SPD** schloss sich den bereits vom Koalitionspartner dargestellten Schwerpunkten und Erfolgsaussichten des Reformkonzepts an. Das deutsche Gesundheitssystem sei eines der besten der Welt und müsse auf diesem Niveau gehalten werden. Hierzu trage der Gesetzentwurf bei, indem er auf allen Ebenen der Krankenversicherung mehr Wettbewerb schaffe und die Strukturen effizienter gestalte. In vielen Bereichen werde die auch von den Akteuren im Gesundheitswesen gewünscht. So werde man wie zum Beispiel durch die Reform des Organisationsrechts kassenartenübergreifender Fusionen zulassen. Wahlmöglichkeiten der Versicherten würden insgesamt stark erweitert. Die Krankenkassen erhielten mehr Möglichkeiten zum Abschluss von Verträgen mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern und müssten künftig ein flächendeckendes Angebot an Hausarztverträgen anbieten. Im Bereich der Arzneimittel und der Hilfsmittel werden die Leistungsanbieter mehr vertragliche Möglichkeiten haben. Auch die Möglichkeit für Krankenkassen, künftig beispielsweise Wahltarife anzubieten, in denen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen erstattet werden können, käme dem Wunsch vieler Versicherten entgegen. In der PKV würde durch neue Wahlmöglichkeiten der Versicherten ebenfalls mehr Wettbewerb geschaffen.

Bei der Finanzierung der GKV werde ein verlässlicher Einstieg in die Mitfinanzierung durch Bundesmittel erreicht. Mit dem Gesundheitsfonds würden einseitiges Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge und mit der Begrenzung des Zusatzbeitrages auf 1 Prozent zugleich eine übermäßige Belastung der Versicherten verhindert.

Mit den Reformen werde das Krankenversicherungssystem zukunftssicher gemacht. Die neu in den Leistungskatalog der GKV aufgenommenen Leistungen in den Bereichen der palliativmedizinischen Versorgung und der Hospize sowie die konsequente Umsetzung des Leitsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ berücksichtigten insbesondere die Ansprüche einer älter werdenden Gesellschaft. Die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht stelle eine Antwort auf die Herausforderungen einer sich verändernden Arbeitswelt dar, in der Versicherungsverläufe nicht immer konstant blieben.

Mit dem neuen Honorarsystem werde die bestehende Budgetierung durch eine vertraglich vereinbarte Euro-Gebührenordnung mit Mengengrenzung abgelöst. Gleichzeitig gehe das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen über. Damit werde die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen stärker als bisher leistungsgerecht ausgestaltet. Um einer drohenden Unterversorgung in ländlichen Gebieten, insbesondere in den neuen Ländern, schon vor Inkrafttreten des neuen Vergütungssystems entgegenwirken zu können, würden die Spielräume für die Selbstverwaltung erweitert. Krankenkassen müssten künftig Sicherstellungszuschläge in erforderlicher Höhe bereitstellen.

Durch die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung und eines Erstattungshöchstbetrages erhalte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Möglichkeit, den medizinischen Nutzen von Arzneimitteln auch wirtschaftlich zu bewerten. Dies bewahre die Solidargemeinschaft vor ungerechtfertigten Mehrkosten und stärke gleichzeitig den Innovationsstandort Deutschland, durch verstärkte Anreize zur Erforschung neuer, innovativer Präparate. Es werde klargestellt, dass die Krankenkassen künftig die Kosten für Arzneimittel im Rahmen ambulanter klinischer Studien übernehmen müssten. Dadurch würden die Voraussetzungen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten verbessert, für die keine zugelassenen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Daneben würden die Maßnahmen des Gesetzentwurfs zu Einsparungen von insgesamt ca. 1,1 Mrd. Euro im Jahr 2007 und 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2008 führen. Die von der Opposition vorgelegten Anträge seien im Gegensatz zum Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen nicht zielführend im Hinblick auf eine nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

Die **Fraktion der FDP** verwies auf den von ihnen in die Ausschussberatungen eingebrachten Entschließungsantrag und stellte fest, dass die Koalition aus CDU/CSU und SPD mit dem GKV-WSG ihre in der Koalitionsvereinbarung und den Eckpunkten zur Gesundheitsreform festgelegten Ziel nicht erreiche. Insbesondere werde keine tragfähige Finanzierung erreicht, die die Lohnzusatzkosten senke. Die Arbeitgeberbeiträge würden nicht festgeschrieben. Der Wettbewerb werde nicht wirklich gestärkt. Stattdessen werde die Beitragsautonomie der GKV aufgehoben. Einheitliche und gemeinsame Verhandlungen würden über den Spitzenverband Bund

zementiert. Das Wettbewerbsrecht werde so unvollständig übertragen, dass die erwünschte Wirkung eines funktionsfähigen Wettbewerbs nicht zu erreichen sei. Mit dem Gesetz werde der Weg in ein immer stärker zentralistisch und staatlich organisiertes Gesundheitswesen gewählt. Die Autonomie des einzelnen Bürgers werde beschnitten und die Eigenverantwortung durch Kollektivzwang ersetzt. Nach den Diskussionen im Ausschuss über das Finanztableau müsse mit einem weiteren deutlichen Anstieg der Krankenkassenbeiträge und damit der Lohnzusatzkosten gerechnet werden. Der Arbeitsmarkt werde entsprechend weiter belastet, und der Deutsche Bundestag deshalb mit Blick auf die Festlegung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes zur GKV vermutlich bald jährlich über Kostendämpfungsmaßnahmen beraten müssen. Zu ungerechtfertigten Belastungen komme es für die Krankenhäuser, denen seit dem 1. Januar 2007 neben der Mehrwertsteuererhöhung, der Umstellung auf das System der Abrechnung nach Fallpauschalen, der Umsetzung der Tarifvereinbarungen und der Arbeitszeitregelungen nun zusätzlicher Kostendruck zugemutet werde. Der Gemeinsame Bundesausschuss würde unter Mitsprache des Ministeriums zukünftig noch stärker darüber bestimmen, was als gute Medizin anzusehen ist. Die zwangsweise Integration aller Krankenkassen in einen „Bundeskrankenkassenverband“ bedeute weniger Wettbewerb, Monopolstrukturen und den Weg in eine Einheitsversicherung. Die Regelungen zur privaten Krankenversicherung führten dazu, dass das System schleichend ausgetrocknet werde, obwohl es wegen der Alterungsrückstellungen besser geeignet sei, die Nachhaltigkeit als Vorsorge im Hinblick auf eine alternde Bevölkerung zu stärken, als die im Umlagesystem finanzierte GKV. Der Gesetzentwurf müsse zurückgenommen und anhand der im Antrag der Fraktion der FDP genannten Gesichtspunkte neu ausgearbeitet werden, d. h. mit einer nachhaltigen, stärker kapitalbildenden Finanzierung, mit einer Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags, mit der Konzentration der zwingend abzusichernden Leistungen auf das medizinisch Notwendige und mit einem schrittweisen Wechsel in ein echtes Wettbewerbssystem mit privaten Krankenversicherern und Wahlfreiheiten bei der Gestaltung der Tarife.

Die **Fraktion DIE LINKE** kritisiert ebenfalls, dass mit dem GKV-WSG keine nachhaltige Finanzierung gewährleistet werde. Den Versicherten und den Arbeitgebern würden Mehrbelastungen mit einer nach oben offenen Skala zugemutet, da sich der Beitragssatz mit der Einführung des Gesundheitsfonds ihrer Überzeugung nach der 16-Prozent-Marke annähern werde. Demgegenüber würde die PKV auch weiterhin privilegiert und in die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens nicht einbezogen. Unerklärlich sei, dass die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV unverändert bleibe und die Einnahmehöhe nicht verbreitert worden sei, so dass Einkommen aus Kapital und Vermögen weiterhin nicht berücksichtigt werde. Die Beitragssatzanpassung im Gesundheitsfonds sei erst bei Unterschreiten der Marke von 95 Prozent der Ausgabenlast vorgesehen. Vor diesem Hintergrund werde die für die Erhebung des Zusatzbeitrags geltende individuelle Belastungsgrenze von 1 Prozent nicht haltbar sein und die darüber hinaus gehende Steigerung langfristig allein von den Versicherten bezahlt werden müssen. Nutznießer dieser Regelung seien ausschließlich die Arbeitgeber. Die vorgesehenen Selbstbehalttarife bedeuteten zudem die Einführung risikobezogener Beiträge in der GKV

mit Teilkaskotarifen für Gesunde und Vollkaskotarifen für Kranke. Damit werde das Sozialstaatsgebot in Frage gestellt, da gerade Kranke der Unterstützung und des Finanzausgleichs innerhalb der Solidargemeinschaft bedürften.

Mit Blick auf die bisherigen Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes und die Urteilsbegründungen gebe es zudem erhebliche europarechtliche Bedenken: Da mit dem GKV-WSG Ähnlichkeiten zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung geschaffen würden, könnten zukünftige Entscheidungen anders ausfallen und zu einem Ende des GKV-Modells führen. Am Ende werde die Privatisierung der Krankenkassen wie im holländischen Modell stehen. Die Fraktion DIE LINKE. habe demgegenüber in ihrem Antrag ein Modell einer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung vorgeschlagen, das bei Veranlagung aller Einkommen mit dem gleichen Beitragssatz der freie Zugang zu allen medizinischen Leistungen, die Streichung aller Zuzahlungen und darüber hinaus die Finanzierung des medizinischen Fortschritts bei einem Beitrag von 10 Prozent ermögliche und damit für Versicherte und Arbeitgeber günstigere Bedingungen biete.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erinnert daran, dass die große Koalition eine gerechtere und nachhaltigere Finanzierung, eine stärkere Steuerfinanzierung und einen Solidarbeitrag der PKV angestrebt habe. Davon sei nun nicht mehr viel übrig geblieben. Auf der Finanzierungsseite würden lediglich die Finanzströme verändert. Der Gesundheitsfonds sei in seiner vorgesehenen Ausgestaltung völlig nutzlos. Der Bundeszuschuss an die GKV sei zunächst auf Null reduziert und schließlich in verschiedenen Schritten wieder etwas erhöht worden. Es bleibe jedoch ein selbst geschaffenes Milliardenloch, weil der Steuerzuschuss nach wie vor geringer sei, als ursprünglich vorgesehen. Hinzugekommen sei die Belastung durch die erhöhte Mehrwertsteuer. Darüber hinaus gebe es keinen guten Grund, die Festsetzung der Beitragssätze zu „verstaatlichen“. Die Zusatzbeiträge würden nicht zu mehr Wettbewerb, sondern zu eklatanten Wettbewerbsverzerrungen führen, da in Kombination mit der Begrenzung des Zusatzbeitrages auf 1 Prozent gerade die Kassen mit den einkommensschwächeren Versicherten besonders hohe Zusatzbeiträge ausweisen müssten, um ihren Finanzbedarf abdecken zu können. Damit würden sie aber ihre vergleichsweise gut verdienenden Mitglieder in die Flucht schlagen und ihre Finanzierungssituation so weiter verschlechtern. Die Aufgabe des Prinzips der Beitragssatzstabilität bei den Ärztevergütungen werde zu zusätzlichen Belastungen der Versicherten führen. Die Mehraufwendungen für die erhöhten Ärztevergütungen müssten die Versicherten künftig über die Zusatzbeiträge finanzieren. Trotz der allgemeinen Versicherungspflicht bleibe es zudem bei der Teilung des Versicherungsmarktes. Der Basistarif sei nur eine Variante des jetzigen Standardtarifs. Zwar sei es eine richtige Weichenstellung, dass die Krankenkassen für die Versorgungszusagen an ihre Mitarbeiter ab 2010 Alterungsrückstellungen vornehmen und einen Kapitalstock bilden müssen. Es sei aber völlig unklar, auf welche Weise dies geschehen solle. Auf der Leistungsseite gebe es zwar Ansätze von Wettbewerb, die aber nicht weit genug gingen. Die Möglichkeiten, durch wettbewerbliche Prozesse und mehr Einzelverträge, z. B. im Arzneimittelhandel, Innovationen anzustoßen und Effizienzsteigerungen zu bewirken, würden nicht ausgeschöpft. Durch Änderungsanträge habe es

einzelne Verbesserungen gegeben, z. B. bei den Leistungen in der palliativmedizinischen Versorgung. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN habe dies durch entsprechendes Stimmverhalten in Einzelabstimmungen deutlich gemacht. Insgesamt werde die „Reformattrappe“ jedoch abgelehnt.

## B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 16/3100 verwiesen. Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes zu bemerken:

### Zu Artikel 1 (SGB V)

#### Zu Nummer 1a (§ 4a)

Die Änderung stellt klar, dass nicht nur Abweichungen von den gesetzlichen Verfahrensregelungen zum Risikostrukturausgleich in den §§ 266, 267 und 269 SGB V durch Landesrecht ausgeschlossen sind, sondern auch Abweichungen von den Verfahrensregelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, die auf der Grundlage der Verordnungsermächtigung in § 266 Abs. 7 SGB V ergangen ist.

#### Zu Nummer 2 (§ 5)

##### Zu Buchstabe b

##### Zu Absatz 5a

##### Zu Satz 1

Korrektur eines grammatischen Fehlers.

##### Zu Satz 2

Die Regelung enthält einen Bestandsschutz für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die zuvor privat krankenversichert waren, insbesondere Beamte und Selbstständige, und bei Inkrafttreten der Regelungen zum Basistarif in der PKV am 1. Januar 2009 bereits als Bezieher von Arbeitslosengeld II gesetzlich pflichtversichert sind.

##### Zu Buchstabe c

Satz 2 präzisiert die Regelung zum Vorrang der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers, um sie für diesen leichter umsetzbar zu machen. Mit der Regelung in Satz 3 wird ein Anliegen des Bundesrates übernommen. Die Vorrangregelung der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers nach § 5 Abs. 8a Satz 2 für die Erbringung von Hilfen zur Gesundheit soll nicht dadurch unterlaufen werden können, dass für eine unverhältnismäßig kurze Zeit der Leistungsbezug unterbrochen wird. Durch Satz 3 wird daher geregelt, dass der Sozialhilfeträger auch dann Hilfen zur Gesundheit erbringt, wenn der Anspruch auf laufende Leistungen nach Satz 2 für weniger als einen Monat unterbrochen wird.

Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung. Der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 für längstens einen Monat findet keine Anwendung. Um eine Ungleichbehandlung der freiwilligen Mitglieder mit den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherten zu verhindern, wird durch Satz 4 gesetzlich klargestellt, dass sich die Versiche-

rungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 ebenfalls ohne Anwendung des § 19 Abs. 2 an das Ende der Versicherung in der GKV anschließt. Auch mit dieser Regelung wird ein Anliegen des Bundesrates aufgegriffen.

### **Zu Nummer 3 (§ 6)**

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Entsprechend der Systematik des geltenden Rechts tritt Versicherungsfreiheit nur ein, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt, das in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat, auch am 1. Januar des folgenden Jahres die dann aktuelle Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt.

#### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die erforderlich geworden ist, weil die Regelungen zur Einrichtung des Basistarifs in der PKV erst zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

#### **Zu Buchstabe c**

#### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Satz 1 der Neuregelung stellt klar, dass maßgeblich für die Beurteilung der Versicherungsfreiheit im abgelaufenen Dreijahreszeitraum ist, ob das tatsächliche Jahresarbeitsentgelt im jeweiligen Kalenderjahr die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Die Versicherungsfreiheit wird daher auch dann nicht tangiert, wenn innerhalb eines Kalenderjahres zwei Beschäftigungsverhältnisse nicht nahtlos aneinander anschließen, aber das insgesamt in diesem Kalenderjahr erzielte Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt.

Satz 2 der Neuregelung sieht vor, dass im Rahmen eines fortbestehenden Beschäftigungsverhältnisses die Versicherungsfreiheit nicht beeinträchtigt wird, wenn vorübergehend kein Arbeitsentgelt bezogen wird, wie etwa bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung. Daher wird in diesem Fall für die Beurteilung der Versicherungspflicht das Arbeitsentgelt zugrunde gelegt, das ohne die Unterbrechung bezogen worden wäre. In beiden Fällen, d. h. bei kurzfristiger Unterbrechung der Beschäftigung oder kurzzeitiger Absenkung des Einkommens, wäre es nicht sachgerecht, wenn die Dreijahresfrist für den Wechsel zur PKV nach dieser Unterbrechung erneut vollständig zurückgelegt werden müsste.

Mit Satz 3 der Neuregelung wird sichergestellt, dass die Möglichkeiten eines künftigen Wechsels zur PKV von Eltern mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, die Erziehungsgeld oder Elterngeld beziehen oder Elternzeit in Anspruch nehmen, nicht dadurch beschränkt werden, dass nach Beendigung der genannten Zeiten die Dreijahresfrist für die Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze erneut beginnt. Gleiches gilt für die Zeiten, in denen Entwicklungshilfe geleistet wird sowie für Zeiten des Wehr- oder Zivildienstes.

Der zweite Halbsatz in Satz 3 der Neuregelung bewirkt, dass sich Zeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, Nr. 2 oder Nr. 3 im Anschluss an die

Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren nicht nachteilig auf die Versicherungsfreiheit auswirken. Dies ist notwendig, da andernfalls der Zweck der Regelungen zur Befreiung von der Versicherungspflicht, eine private Krankenversicherung fortzusetzen, durch eine nachfolgende Versicherungspflicht konterkariert würde.

#### **Zu Buchstabe e**

#### **Zu Absatz 9**

#### **Zu Satz 1**

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Zeitpunkts für das Inkrafttreten der Bestandsschutzregelung. Des Weiteren wird klargestellt, dass die Bestandsschutzregelung nur für Arbeitnehmer gilt, die auch am Tag der 3. Lesung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes bereits als Arbeiter oder Angestellte wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze mit ihrem Arbeitsentgelt versicherungsfrei waren. Arbeitnehmer, die am Stichtag zum Beispiel als Studenten oder als Selbstständige privat krankenversichert waren, sollen sich dagegen nicht auf den Bestandsschutz berufen können.

#### **Zu den Sätzen 2 und 3**

Satz 2 erstreckt den Bestandsschutz auf weitere Personengruppen, die am Stichtag bei wertender Betrachtungsweise eine der Beschäftigung als Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze vergleichbare Rechtsposition besaßen. Hierzu gehören zum einen Arbeitnehmer, die am Stichtag Arbeitslosengeld bezogen haben und nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a auf ihren Antrag hin von der Versicherungspflicht in der GKV befreit wurden, weil sie in den letzten fünf Jahren vor dem Bezug des Arbeitslosengeldes nicht gesetzlich krankenversichert waren. Des Weiteren werden Arbeitnehmer gleichgestellt, die am Stichtag eine nicht volle Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes aufgenommen hatten und auf ihren Antrag hin von der Versicherungspflicht befreit waren. Als dritte Gruppe werden Arbeitnehmer gleichgestellt, die am Stichtag auf ihren Antrag hin von der Versicherungspflicht als teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer befreit wurden, weil sie seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren.

Mit der Regelung in Satz 3 wird der Verwaltungsaufwand der Arbeitgeber und der gesetzlichen Krankenkassen im Zusammenhang mit der Neuregelung zur Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern reduziert, indem Arbeiter und Angestellte, die freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind und nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 für den Bestandsschutz erfüllen, bis zum 31. März 2007 als freiwillige Mitglieder gelten. Hierdurch wird erreicht, dass Arbeitgeber und Krankenkassen diese Personen nicht rückwirkend als Versicherungspflichtige einstufen müssen. Zugleich stellt die Regelung in § 175 Abs. 4 Satz 8 sicher, dass die Kündigung der Mitgliedschaft durch diese Personen unwirksam ist.

**Zu Nummer 8** (§ 13)**Zu Buchstabe a**

Die Versicherten der GKV sollen zukünftig flexibler entscheiden können, ob sie von dem Sachleistungsprinzip abweichen und die jeweilige Leistung über Kostenerstattung abrechnen lassen. Die Versicherten haben ihre Krankenkasse jedoch vor Inanspruchnahme der Leistung über das beabsichtigte Kostenerstattungsverfahren zu informieren, damit eine Beeinflussung der Wahlentscheidung durch Dritte möglichst vermieden wird. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor der Behandlung darüber zu beraten, dass Mehrkosten für Leistungen, die nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen, wie zum Beispiel Kosten für individuelle Gesundheitsleistungen oder für Kostensätze, die den Leistungsrahmen der GKV übersteigen, vom Versicherten zu tragen sind. Hierdurch wird dem Patientenschutz Rechnung getragen.

**Zu Buchstabe b**

Die erfolgte Beratung ist gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu dokumentieren.

Zur Erleichterung der Wahl der Kostenerstattung wird es künftig möglich sein, die Wahl auf einzelne Leistungsbereiche zu beschränken. Bisher war es nur möglich, die Kostenerstattung auf den gesamten Bereich der ambulanten Versorgung zu erstrecken. Künftig können Versicherte auch nur für ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, für die stationäre Versorgung oder für veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel usw.) Kostenerstattung wählen. Die Versicherten bleiben an ihre Wahl ein Jahr gebunden.

**Zu Buchstabe c**

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 9** (§ 16)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, und der damit zusammenhängenden Aufhebung der Regelung über das Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung von Beiträgen. Neben der Erhebung von Säumniszuschlägen soll die Nichtzahlung von Beiträgen weiterhin für den Versicherten im Interesse der Versichertengemeinschaft spürbare Konsequenzen haben.

Vom Ruhen ausgenommen sind allerdings in Anlehnung an Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 4 Abs. 1, 2 AsylbLG).

Entsprechend des über § 16 Abs. 3a Satz 1 in Bezug genommenen § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes endet das Ruhen, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Zusätzlich soll das Ruhen beendet werden, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werden, um dieser besonderen Situation gerecht zu werden und ein Ruhen auf Dauer zu vermeiden.

**Zu Nummer 12** (§§ 20a und 20d)**Zu § 20a**

Klarstellung, dass die Krankenkassen nicht nur Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu machen, sondern auch an deren Umsetzung mitzuwirken haben.

**Zu § 20d**

Die Impfleistungen nach § 20d Abs. 1, die durch das Gesetz zu Pflichtleistungen der Krankenkassen werden, werden außerhalb des Bereiches der vertragsärztlichen Versorgung organisiert. Der entsprechende Sicherstellungsauftrag der Kassen ist in § 132e geregelt.

**Zu Nummer 14** (§ 23)**Zu Buchstabe a**

Zu den medizinischen Vorsorgemaßnahmen werden statistische Erhebungen zu den Merkmalen „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellung“ durchgeführt. Das Bewilligungsgeschehen bei medizinischen Vorsorgemaßnahmen soll hierdurch transparenter werden, um Fehlern in der Antragsabwicklung leichter nachgehen zu können.

**Zu Nummer 15** (§ 24)

Mit dem Verweis auf § 23 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird bewirkt, dass zu den Maßnahmen zur medizinischen Vorsorge bei Müttern und Vätern statistische Erhebungen zu den Merkmalen „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellung“ durchgeführt werden. Das Bewilligungsgeschehen bei Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen soll hierdurch transparenter werden, um Fehlern in der Antragsabwicklung leichter nachgehen zu können.

**Zu Nummer 16** (§ 31 Abs. 2a)**Zu Satz 4**

Durch die Änderung werden die Vorgaben für die Berücksichtigung der Entwicklungskosten bei der Festsetzung des Höchstbetrages vereinfacht. Hierdurch wird gleichzeitig eine flexible, dem Einzelfall Rechnung tragende Berücksichtigung von Kosten für Forschung und Entwicklung ermöglicht.

**Zu den Sätzen 6 und 7**

Die bisher im Gesetzentwurf nur in der Begründung zu dieser Vorschrift enthaltene Feststellung, dass für nachweislich kosteneffektive Arzneimittel kein Höchstbetrag festzusetzen ist, wird zur Verbesserung der Rechtssicherheit in den Text des Entwurfs übernommen. Zudem wird zur Sicherung der Leistungsansprüche der Versicherten klargestellt, dass ein Höchstbetrag nicht festzusetzen ist, wenn es zu dem Arzneimittel keine zweckmäßige therapeutische Alternative gibt. Das Fehlen einer therapeutischen Alternative ist regelmäßig dann anzunehmen, wenn bei einem Verzicht auf die Anwendung des innovativen Arzneimittels keine andere zweckmäßige Therapie verfügbar ist. Somit liegen die Anwendungsvoraussetzungen beispielsweise auch nicht vor für Arzneimittel zur Behandlung seltener Krankheiten (sog. orphan drugs). Fehlt eine zweckmäßige Therapiealternative, könnte

zwar eine Kosten-Nutzen-Bewertung durch Vergleich mit den Ergebnissen einer Nichtbehandlung erstellt werden, jedoch wird in diesen Fällen kein Höchstbetrag festgesetzt, weil bei fehlender therapeutischer Alternative der Anspruch der Versicherten auf die medizinisch notwendige und zweckmäßige Therapie zu gewährleisten ist. Der Begriff der Zweckmäßigkeit verweist auf § 12 Abs. 1 SGB V, der den Leistungsanspruch der Versicherten festlegt und sicherstellt, dass Versicherte vor finanzieller Überlastung geschützt werden. Die Vorgabe einer angemessenen Frist nach Zulassung für die Erstellung einer Kosten-Nutzen-Bewertung zum Zwecke der Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrages ergibt sich aus dem Sachverhalt, dass dem Hersteller genügend Zeit gegeben wird, aussagekräftige Studien nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin zu erstellen.

#### **Zu Nummer 17 (§ 33)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Regelung wird ausdrücklich auf den Bereich der stationären Pflege begrenzt, da die zugrunde liegende Problematik nur diesen Bereich betrifft. Mit der darüber hinaus vorgenommenen Ergänzung soll eine unbeabsichtigte Kostenverlagerung bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen notwendig und von diesen jeweils vorzuhalten sind, auf die GKV verhindert werden. Bei stationärer Pflege soll der Anspruch gegenüber der Krankenkasse auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nicht dadurch ausgeschlossen sein, dass eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft nur noch in eingeschränktem Maße ermöglicht werden kann. Die vom Bundessozialgericht – insbesondere in den Entscheidungen vom 10. Februar 2000 (B 3 KR 26/99 R), 6. Juni 2002 (B 3 KR 67/01 R), 24. September 2002 (B 3 KR 15/02 R) und 28. Mai 2003 (B 3 KR 30/02 R) – entwickelten Grundsätze zur Abgrenzung der Leistungsbereiche der GKV und der sozialen Pflegeversicherung werden im Übrigen durch diese Regelung nicht in Frage gestellt.

##### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der Neuordnung der Vorschriften in § 33 notwendig ist.

#### **Zu Nummer 17a (§ 34)**

##### **Zu Buchstabe a**

Der bisherige Satz 4 kann entfallen, da die Richtlinien nach Satz 2 bereits in Kraft getreten sind. Der neue Satz 4 beinhaltet eine Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, auf der Grundlage der nach Satz 2 ausnahmsweise verordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel eine entsprechende Liste mit Fertigarzneimitteln zu erstellen. Diese Liste dient der verbesserten Transparenz für die verordnenden Ärzte. Sie ist auch in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen, damit die Praxis- und Apothekensoftwaresysteme entsprechend aktualisiert werden können. Dabei kann der Gemeinsame Bundesausschuss auch Dritte beauftragen, die Liste nach seinen Vorgaben regelmäßig zu aktualisieren und die entsprechenden Daten zur Verfügung zu stellen.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Regelung setzt die Richtlinie 89/105/EWG betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme um. Sie verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, ein Antragsverfahren zur Aufnahme von Arzneimitteln zu etablieren und ausreichend begründete Anträge auf Aufnahme innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden. Um ein ordnungsgemäßes Verfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gewährleisten zu können, ist die Vorlage geeigneter und ausreichender Unterlagen durch den Antragsteller vorgeschrieben. Aus den Unterlagen muss einwandfrei, methodisch und inhaltlich nachvollziehbar hervorgehen, dass ein Arzneimittel die erforderlichen Kriterien und Anforderungen zur Aufnahme in die Zusammenstellungen erfüllt. Das Nähere hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss zu regeln und in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Mit der Gebühr für den Antrag wird der Gemeinsame Bundesausschuss in die Lage versetzt, dieses Verwaltungsverfahren kostendeckend durchzuführen.

#### **Zu Nummer 20 (§ 35b)**

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag werden die Vorgaben zur Methodik der Bewertungen von Arzneimitteln und zur Beteiligung präzisiert. Zugleich wird der Tatsache Rechnung getragen, dass das Abstellen ausschließlich auf internationale Standards der evidenzbasierten Medizin bei der Kosten-Nutzenbewertung nicht sachgerecht ist und in der Umsetzung zu fragwürdigen Ergebnissen führen würde. Gesundheitsökonomische Expertise ist deshalb in die Entwicklung von Methoden und Kriterien einzubeziehen. Bei der Beurteilung des Patientennutzens ist auch eine relevante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu berücksichtigen. Hierfür sind wissenschaftlich validierte Verfahren anzuwenden, die auf objektiv ableitbaren Kriterien beruhen.

Das Institut ist verpflichtet, zusätzlich zu dem Teilnahmeverfahren bei der Festlegung seiner Methodik auch eine entsprechende Beteiligung vor Festlegung des Berichtsplans und den darauf folgenden Zwischen- und Endberichten durchzuführen (vgl. dazu auch die Regelung der Nummer 117 Buchstabe c zu § 139a Abs. 5).

Zudem wird gewährleistet, dass auch für bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vorschrift laufende Nutzenbewertungen bereits nach den neuen Vorgaben hinsichtlich Methodik und Beteiligung durchgeführt werden. Bereits abgeschlossene Bewertungen bleiben in ihrer Gültigkeit unberührt.

#### **Zu Nummer 20a (§ 35c)**

Durch die Regelung werden in der ambulanten Versorgung die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die GKV die Kosten für Arzneimittel übernimmt, die im zulassungsüberschreitenden Einsatz im Rahmen einer klinischen Studie verordnet werden. Ziel der neuen Regelung ist, eine Versorgung von Patientinnen und Patienten in den Fällen zu verbessern, in denen für bestimmte Patientengruppen sowie Krankheitsbilder die Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln in deren zugelassenem Anwendungsbereich allein keine ausreichende Versorgung sicherstellt und für die deshalb eine ratio-

nale Therapie im Rahmen von klinischen Prüfungen entwickelt wird. Dies ist ein Beitrag dazu, Erkenntnisgewinn und Evidenzbasierung in Bereichen zu fördern, in denen eine derartige Verbesserung der medizinischen Versorgung notwendig ist. Beispiel hierfür ist die Kinderonkologie, in der oftmals nur Präparate zur Verfügung stehen, welche für diese Altersgruppe nicht zugelassen sind, so dass die Behandlung im Rahmen von klinischen Prüfungen durchgeführt werden muss.

Die vorgenannten klinischen Studien sind klinische Prüfungen im Sinne des Arzneimittelgesetzes. Diese Art von Studien sollen mit der Regelung eine erstattungsrechtliche Grundlage erfahren. Hierzu zählen insbesondere nichtkommerzielle Studien, die in der Regel von klinischen Forschern initiiert und nicht mit dem Ziel durchgeführt werden, eine Zulassung zu erhalten oder eine schon bestehende Zulassung zu erweitern. Ein entscheidender Beitrag zur Erweiterung der Zulassung liegt z. B. vor, wenn dem pharmazeutischen Unternehmer Unterlagen und nicht publizierte Ergebnisse überlassen werden, die eine eigene, herstellerseitige Zulassungsstudie ganz oder teilweise ersetzen.

Das Arzneimittelgesetz sieht in § 40 ff. sehr strikte Sicherheitsmaßnahmen und Auflagen zum Schutz des Menschen in klinischen Prüfungen vor. So müssen klinische Studien von der zuständigen Ethik-Kommission zustimmend bewertet sowie von der zuständigen Zulassungsbehörde genehmigt werden. Die hohen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen im Genehmigungsverfahren gewährleisten, dass nur hochwertige Studien genehmigt werden.

Bei Patienten, die im Rahmen einer Studie akutstationär behandelt werden, ist nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, § 10 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung und § 17 Abs. 3 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes der Versorgungsanteil mit den normalen Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen zu vergüten. Dies gilt auch für klinische Studien mit Arzneimitteln. Mehrkosten infolge der Studie sind über Fremdmittel für Forschung und Lehre oder über Drittmittel zu finanzieren.

Nach § 35b Abs. 3 SGB V kann der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage von Bewertungen der beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angesiedelten Expertengruppen einen zulassungsüberschreitenden Arzneimittel Einsatz in den Arzneimittelrichtlinien vorsehen. Sowohl nach der Entscheidung des BSG (Urteil vom 19. März 2002, B 1 KR 37/00 R) als auch nach § 35b Abs. 3 SGB V wird dabei der Versorgungsanspruch an die Voraussetzung geknüpft, dass ausreichendes Erkenntnismaterial zur Verfügung steht. Dies ist aber gerade in der Kinderonkologie oder bei sehr seltenen Erkrankungen häufig nicht der Fall, weil es an entsprechender Forschung fehlt. Hersteller haben – da die „Marktsegmente“ gering sind – in der Regel auch kein ökonomisches Interesse, eine erweiterte Zulassung anzustreben. Die Regelung hilft, mögliche Erkenntnislücken zu schließen.

Das Verfahren nach § 35c SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist als unbürokratisches Antragsverfahren gestaltet. Widerspricht der Gemeinsame Bundesausschuss einer Mitteilung über eine geplante ambulante klinische Studie nicht innerhalb von acht Wochen und liegen die entsprechenden arzneimittelrechtlichen Genehmigungen vor, so können die entsprechenden Arzneimittel im Rahmen dieser klinischen Studie zu Lasten der GKV verordnet werden. Das

Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss. Er soll dabei insbesondere festlegen, welche Anforderungen an die Mitteilungen zu stellen sind und welche Informations- und Nachweispflichten erfüllt sein müssen.

Entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, hat er in der Regel die Vorentscheidungen anderer Stellen, die im Rahmen von klinischen Prüfungen einzuholen sind, zu beachten. Es wäre verfahrensökonomisch verfehlt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss Tatbestände aufarbeiten und Bewertungen abgeben müsste, wenn andere, in die klinischen Prüfungen eingebundenen Stellen bereits entsprechende Vorentscheidungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit gefällt haben. Überdies würde es zu einem nicht verständlichen Mixtum bei der Wahrnehmung verschiedener Zuständigkeiten kommen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss für seine Entscheidung auch solche Aspekte aufgreifen müsste, mit denen sich bereits andere Stellen befassen haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann nur Mitteilungen widersprechen, die nicht den Kriterien des Gesetzes entsprechen. Er muss einen Widerspruch angemessen anhand nachvollziehbarer und objektiver Kriterien begründen. Er kann auch regeln, wie in den Fällen zu verfahren ist, in denen unter Bezugnahme auf die Studienergebnisse der vorgenannten Studien eine Zulassung bzw. Zulassungserweiterung erfolgt, um eine unzulässige finanzielle Belastung der GKV zu vermeiden.

Für nicht zugelassene Arzneimittel, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind, bedarf es keiner Erstattungsregelung, da diese Arzneimittel an Krankenhäuser und Ärzte nach § 47 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g des Arzneimittelgesetzes nur abgegeben werden können, wenn sie vom pharmazeutischen Unternehmer kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Dem Versicherten entstehen in dem Fall keine eigenen Kosten.

Eine Leistungspflicht für vergleichbare Verordnungen außerhalb klinischer Prüfungen wird durch die Regelung nicht begründet. Die Verordnung von zugelassenen Arzneimitteln, die im Rahmen ihrer Zulassung in klinischen Studien im ambulanten Bereich verordnet werden, bleibt von dieser Regelung unberührt. Sie ist im Rahmen der Regelungen des SGB V und des AMG weiterhin zulässig.

Ebenso unberührt bleibt die Leistungspflicht der GKV für Verordnungen von zugelassenen Arzneimitteln außerhalb ihres arzneimittelrechtlich zugelassen Anwendungsgebiets, die nicht in klinischen Studien erfolgen, sondern im Rahmen der Vorschriften des § 35b Abs. 3 SGB V für OffLabel-Therapien.

#### **Zu Nummer 22 (§ 37)**

##### **Zu Buchstabe a**

Durch die beispielhafte Nennung von Orten, an denen Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden können, wird die Vorgabe für den Gemeinsamen Bundesausschuss präzisiert. Die Aufzählung ist nicht abschließend, beispielsweise können auch Arbeitsstätten geeignete Orte sein. Ein Anspruch auf Leistungen kann auch in Werkstätten für behinderte Menschen gegeben sein, wenn wegen des besonders hohen Pflegebedarfs eines Versicherten die zur Verfügung stehenden pflegerischen Fachkräfte nicht ausreichen. Im Regelfall bleibt es hier aber dabei, dass nach § 10 der

WerkstättenVO der pflegerische Bedarf durch die Werkstätten selbst abgedeckt wird.

#### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Vergleiche Begründung zu Buchstabe a.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Folgeänderung zur Einfügung des neuen Satzes 2.

##### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einfügung der neuen Sätze 2 und 3.

#### **Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses auch die Definition der Orte betrifft, an denen künftig Leistungen zu Lasten der GKV erbracht werden können. Damit wird eine unter sachlichen Aspekten eingegrenzte Ausweitung des Haushaltsbegriffs gesichert.

#### **Zu Nummer 23** (§ 37b)

##### **Zu Absatz 1**

##### **Zu Satz 2**

Die ausdrückliche Anordnung einer Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht erforderlich. Die Entscheidung über das Bestehen von Leistungsansprüchen obliegt ohnehin der zur Leistung verpflichteten Krankenkasse. Das Nähere zum Verfahren ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu regeln.

##### **Zu Satz 4**

Die Regelung stellt klar, dass auch Kinder die Leistung in Anspruch nehmen können und deren besonderen Belange zu berücksichtigen sind. Eine Ausweitung der Leistung auf nicht primär medizinisch ausgerichtete Begleitmaßnahmen (z. B. Sterbebegleitung, Betreuung der Angehörigen) ist mit der Änderung nicht verbunden.

##### **Zu Absatz 3**

Die Regelung stellt klar, dass die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch mit den stationären Hospizen integrativ zusammenarbeiten sollen.

#### **Zu Nummer 25** (§ 39a)

##### **Zu Buchstabe a**

Für den Fall, dass sich Krankenkassen und Hospize bei den Vertragsverhandlungen nicht einigen, wird eine Schiedsmöglichkeit eröffnet.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Auch in stationären Pflegeeinrichtungen soll eine ambulante Hospizbetreuung gewährleistet werden, um den Betroffenen

ein Verbleiben in diesen Einrichtungen bei qualifizierter Sterbebegleitung zu ermöglichen.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Entspricht dem Gesetzentwurf.

#### **Zu den Nummern 26 und 27** (§§ 40, 40a SGB V)

##### **Zu Buchstabe a**

Im Entwurf des GKV-WSG ist bereits vorgesehen, Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation (§ 40a – neu) sowie Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41) von Ermessens- in Pflichtleistungen umzuwandeln, um diesen Leistungen stärker Geltung zu verschaffen.

Mit den Änderungen werden auch die übrigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt. Rehabilitationsleistungen für schwerwiegend kranke Kinder mit angeborenen oder früh auftretenden Erkrankungen oder für Erwachsene mit chronifizierten Krankheitsbildern sollen nicht länger als Ermessensleistungen schwächer als Pflichtleistungen ausgestaltet sein. Für die Prüfung der Krankenkasse zur Erforderlichkeit einer Maßnahme spielt die Einstufung als Ermessensleistung auch bisher keine Rolle. Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen sollen als Pflichtleistungen vollständig in den Risikostrukturausgleich einfließen.

Die gesonderte Einführung einer Pflichtleistung „Geriatrische Rehabilitation“ (§ 40a) kann deshalb entfallen. Die dort vorgesehene Klarstellung, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI erbracht werden können, wird in § 40 Abs. 1 aufgenommen.

##### **Zu Buchstabe b**

Zu den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen zu den Merkmalen „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellung“ durchgeführt. Das Bewilligungsgeschehen bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede soll hierdurch transparenter werden, um Fehlern in der Antragsabwicklung leichter nachgehen zu können.

#### **Zu Nummer 28** (§ 41)

Mit dem Verweis auf § 40 Abs. 2 Satz 3 SGB V wird bewirkt, dass zu den Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter statistische Erhebungen zu den Merkmalen „Antragstellungen“ und „Erledigung der Antragstellung“ durchgeführt werden. Das Bewilligungsgeschehen bei Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen soll hierdurch transparenter werden, um Fehlern in der Antragsabwicklung leichter nachgehen zu können.

#### **Zu Nummer 29** (§ 43)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

Die im Entwurf des GKV-WSG enthaltene Aufhebung des § 43 Abs. 2 Satz 4 entfällt. Damit werden weiterhin einheitliche Qualitätsstandards auf der Bundesebene festgelegt.

**Zu Nummer 30 (§ 44)**

Die Regelungen zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V treten zum 1. April 2007 in Kraft und korrespondieren damit nicht mit dem Inkrafttreten der Regelungen zum Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V zum 1. Januar 2009. Das hat zur Folge, dass die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtigen Selbstständigen für die Zeit vom 1. April 2007 bis zum 31. Dezember 2008 einen Anspruch auf Krankengeld hätten geltend machen können. Dies würde eine nicht zu rechtfertigende Besserstellung gegenüber freiwillig versicherten hauptberuflich Selbstständigen darstellen. Insoweit ist klarzustellen, dass der Anspruch auf Krankengeld für diesen Personenkreis bereits ab dem 1. April 2007 ausgeschlossen ist. Sie zahlen daher auch nur den ermäßigten Beitragssatz. Die bisherigen Änderungen des § 44 SGB V sind in Artikel 2 zu regeln.

**Zu Nummer 33 (§ 53)****Zu Absatz 4**

Im Bereich der Wahltarife des § 53 wählen Mitglieder Kostenerstattung, indem sie bei ihrer Krankenkasse einen speziellen Tarif abschließen. Eine zusätzliche Verpflichtung, vor der Inanspruchnahme von Leistungen die Krankenkasse über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen, wie dies in § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB V geregelt ist, wäre nicht sachgerecht; ebensowenig bedarf es einer zusätzlichen Beratung durch Leistungserbringer.

**Zu Absatz 5**

Nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Regelversorgung ausgeschlossen. Hierunter fallen viele Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen. Um dem Wunsch vieler Versicherter gerecht zu werden, für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Leistungen der Krankenkassen zu ermöglichen, wird ein spezieller Wahltarif geschaffen. Die Regelung ermöglicht es, Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen im Rahmen des entsprechenden Wahltarifs zu übernehmen. Hierfür sind entsprechende Prämienzahlungen vorzusehen.

**Zu den Absätzen 6, 7, 8 und 9**

Folgeänderung

**Zu Absatz 8**

Versicherte mit Teilkostenerstattung zahlen bislang nach § 243 (alt) nur 30 Prozent bis 50 Prozent des allgemeinen Beitragssatzes, da die Krankenkasse nur den entsprechenden Anteil an den Krankheitskosten erstattet. Der Rest ist durch die Beihilfe abgedeckt. Diese Regelung wird durch § 53 Abs. 6 ersetzt, wonach die Krankenkasse Prämienzahlungen an die Versicherten vornehmen kann. Um eine Schlechterstellung der betroffenen Mitglieder gegenüber der geltenden Rechtslage zu vermeiden, ist es erforderlich, die Beschränkung der Prämienrückzahlung auf 20 Prozent bzw. 30 Prozent der gezahlten Beiträge insoweit aufzuheben.

**Zu Absatz 9**

Absatz 9 stellt klar, dass sich die auf der Grundlage von § 53 geschaffenen Wahltarife jeweils selbst tragen müssen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass Wahltarife, die zusätzliche Leistungen der Krankenkasse beinhalten, nicht nur durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, sondern auch durch zusätzliche Prämienzahlungen finanziert werden.

**Zu Nummer 37 (§ 62)****Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Änderung stellt sicher, dass die Koppelung von Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und ermäßigter Belastungsgrenze erst wirksam wird, wenn die erforderlichen Ausnahmeregelungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt worden sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierfür bis 31. Juli 2007 Zeit; das Wirksamwerden der Koppelung zum 1. Januar 2008 berücksichtigt die Beanstandungsfrist von zwei Monaten gemäß § 94 SGB V sowie gegebenenfalls die Notwendigkeit einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Änderung nimmt Versicherte, denen ein therapiegerechtes Verhalten nicht zuzumuten ist, von den besonderen Voraussetzungen über das therapiegerechte Verhalten aus. Dies betrifft insbesondere pflegebedürftige oder schwerbehinderte Personen, aber beispielsweise auch Versicherte mit psychischen Erkrankungen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Aufgabe zugewiesen, die Fälle zu definieren, für die die Ausnahme gelten soll.

**Zu Nummer 40 (§ 69)**

Durch die erweiterten Fusionsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen können Krankenkassen in einzelnen Regionen einen hohen Marktanteil erlangen. Die Anordnung der entsprechenden Anwendbarkeit der §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) gewährleistet, dass die Kassen eine dadurch eventuell entstehende marktbeherrschende Stellung nicht missbrauchen, es zu keiner Diskriminierung der Vertragspartner der Krankenkassen und zu keinen Boykotten kommt. Die Änderung führt nicht dazu, dass die Krankenkassen beim Abschluss von Einzelverträgen als Unternehmen zu qualifizieren wären. Auch beim Abschluss von Einzelverträgen nehmen die gesetzlichen Krankenkassen eine soziale Aufgabe wahr, die auf dem Grundsatz der Solidarität beruht und ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt wird. Sie erfüllen damit weder nach deutschem noch nach europäischem Recht die Begriffsmerkmale, die von der Rechtsprechung an ein Unternehmen gestellt werden. Die Anordnung der lediglich „entsprechenden Anwendbarkeit“ der §§ 19 bis 21 GWB stellt klar, dass diese Vorschriften, die an sich an Unternehmen adressiert sind, in der Rechtsfolge auch die Krankenkassen betreffen. Der zweite Halbsatz stellt klar, dass bei den kollektivvertraglichen Regelungen das Wettbewerbsrecht keine Anwendung findet. Die Rechtswegzuweisung an die Sozialgerichte gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 des Sozialgerichtsgesetzes bleibt von der Änderung unberührt.

**Zu Nummer 41** (§ 71)**Zu Buchstabe a**

Entspricht dem Gesetzentwurf.

**Zu Buchstabe b**

Mit der Änderung werden die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Länder einen umfassenden Überblick über die in ihrem Land geltenden vertraglichen Regelungen erhalten. Auf diese Weise können sie ihrer Pflicht zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung in ihrem Land besser Rechnung tragen.

**Zu Nummer 43** (§ 73 Abs. 8)

Durch die Ergänzung von Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen in der Praxissoftware wird die Umsetzung dieser Verträge in der Praxis verbessert. Der Arzt bekommt Informationen darüber, für welche Arzneimittel und welche Krankenkasse Rabattverträge vorliegen. Die Vielzahl der möglichen Rabattverträge kann vom verordnenden Arzt nur mit Hilfe von Arzneimitteldatenbanken und Praxissoftwaressystemen bewältigt werden.

**Zu Nummer 45** (§ 73b)**Zu Absatz 2**

Beseitigung eines Redaktionsversehens.

**Zu Absatz 3**

Die Änderungen des Absatzes 3 sehen Ausnahmen von der Regelung vor, dass Fachärzte nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch genommen werden können. Während der Gesetzentwurf bislang vorsah, dass es den Krankenkassen überlassen bleibt, welche Ausnahmen sie von dem Überweisungsgebot in ihren Satzungen regeln, wird nunmehr ausdrücklich geregelt, dass das Überweisungsgebot im Falle der Inanspruchnahme von Augenärzten und Frauenärzten nicht gilt, weil diese Fachärzte – ebenso wie Hausärzte – Grundversorgungsfunktionen wahrnehmen. Weitere Ausnahmen können die Krankenkassen in ihren Satzungen regeln.

**Zu Absatz 4**

Die Änderung ergänzt die Aufzählung der möglichen Vertragspartner eines Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung: Den Krankenkassen wird die Möglichkeit eingeräumt, solche Verträge auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen. Voraussetzung für die Vertragspartnerschaft einer Kassenärztlichen Vereinigung ist allerdings, dass sie von Gemeinschaften der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ermächtigt worden sind. Dies bedeutet einerseits, dass eine Kassenärztliche Vereinigung nicht verpflichtet ist, einen entsprechenden Vertrag nach § 73b zu schließen. Andererseits hat sie, da es sich bei der hausarztzentrierten Versorgung nicht um die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags der kassenärztlichen Versorgung handelt, kein originäres Recht zur Vertragspartnerschaft, sondern ist abhängig von einer Ermächtigung durch Gemeinschaften von Hausärzten wie z. B. den einschlägigen Berufsverbänden. Nur soweit der von ihr mit einer Krankenkasse ausgehandelte Vertrag von der Ermächtigung der Gemein-

schaft gedeckt ist, die Gemeinschaft also dem vereinbarten Vertragsentwurf ausdrücklich zustimmt, ist die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt und befugt, den Vertrag im eigenen Namen für die Gemeinschaft zu schließen. Die Berechtigung der einzelnen Hausärzte zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung aufgrund eines von einer Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossenen Vertrags ergibt sich aus der internen Organisationsstruktur der Gemeinschaft, vom dem die Kassenärztliche Vereinigung ihre Befugnis zum Vertragsschluss ableitet. Es besteht daher auch keine öffentlich-rechtliche Verpflichtung des Hausarztes aufgrund seines Vertragsarztstatus, sich an der Umsetzung eines mit Wirkung für seinen Berufsverband von der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossenen Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung zu beteiligen.

**Zu Absatz 5**

Unabhängig von einer möglichen Vertragspartnerschaft der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 4 Satz 2 Nr. 4 eröffnet der neue Satz 2 des § 73b Abs. 5 den Vertragspartnern der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung die Möglichkeit, die Kassenärztlichen Vereinigungen in Fragen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Möglich ist danach nicht nur eine Heranziehung des Sachverständigen der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Formulierung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2, sondern auch eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung in Fragen der Umsetzung der Qualitätsanforderungen. In Betracht kommt hier insbesondere die Überprüfung des Vorliegens und der Einhaltung der Qualitätsanforderungen bei den teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzten.

**Zu Absatz 7**

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Absatz 8**

Die Regelung stellt klar, dass in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung vereinbart werden kann, zusätzliche Vergütungen durch Einsparungen im vom Hausarzt der hausarztzentrierten Versorgung verantworteten Bereich, z. B. in den Leistungsbereichen der veranlassten und verordneten Leistungen, zu generieren. Die Verpflichtung, die Gesamtvergütung nach Absatz 7 zu bereinigen, umfasst nur solche Leistungsbereiche und die dafür gezahlten Vergütungsanteile, die aus der vertragsärztlich organisierten hausärztlichen Versorgung in die einzelvertraglich organisierte hausarztzentrierte Versorgung übergehen und nicht zusätzliche Leistungen und deren Vergütung.

**Zu Nummer 46** (§ 73c)

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 47** (§ 73d)**Zu Absatz 1****Zu Satz 1**

Die für eine Zweitmeinung vorgesehenen „besonderen“ Arzneimittel werden im Gesetzestext konkretisiert. Damit sind insbesondere Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten gemeint (z. B. betragen die Jahrestherapiekosten von Im-

munsuppressiva bei Multipler Sklerose das 10fache im Vergleich zu chemisch definierten Arzneimitteln; entsprechende Kostenrelationen können das 20fache in der Brustkrebsbehandlung und mehr als das 100fache bei der rheumatoiden Arthritis erreichen) sowie Arzneimittel, bei denen erhebliche, über das übliche Maß hinausgehende Risiken für Patientinnen und Patienten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, durch Interaktionen oder durch nicht indikationsgerechte Anwendung bestehen können.

#### **Zu Satz 5**

Die Änderung dient der Gewährleistung von Versorgungssicherheit, indem angemessene Fristen für die Erteilung der Zweitmeinung unter Berücksichtigung des indikationsspezifischen Versorgungsbedarfs vorzusehen sind; außerdem ist für Notfälle das Nähere zu Verordnungen durch den behandelnden Arzt ohne Einholung einer Zweitmeinung zu regeln.

#### **Zu Absatz 2**

##### **Zu Satz 5**

Redaktionelle Korrektur zur Anpassung an die Änderung des Artikels 1 Nr. 85 Buchstabe b (§ 116b Abs. 2): Krankenhäuser werden demnach zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch den Krankenhausplan des Landes zugelassen. Durch die Änderung werden ebenfalls Ärzte in Hochschulambulanzen berücksichtigt, die nach § 117 ambulant behandeln. Es ist sachgerecht, dass auch diese Ärzte, soweit sie Patienten ambulant behandeln, zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmt werden können. Voraussetzung hierfür ist das Einvernehmen zwischen Krankenkasse und Arzt.

##### **Zu Satz 6**

Durch die Änderung wird klargestellt, dass nur Ärzte, die im Rahmen sozialrechtlicher Vorschriften Patientinnen und Patienten ambulant behandeln, zur Abgabe einer Zweitmeinung bestimmt werden können.

#### **Zu Nummer 48 (§ 75)**

##### **Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Folgeänderung.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Absatz 3a**

Die in Satz 1 den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zugewiesene Aufgabe der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erstreckt sich vom 1. Juli 2007 an in gleicher Weise sowohl auf die in dem bereits bestehenden brancheneinheitlichen Standardtarif der PKV nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 als auch auf die in dem zum 1. Juli 2007 einzuführenden brancheneinheitlichen Standardtarif der PKV nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 versicherten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen. Gleichfalls für beide Formen des brancheneinheitlichen Standardtarifs gelten auch die nachfolgenden Regelungen zur Vergütung in den Sätzen 2 und 3 sowie in den Absätzen 3b und 3c. Für den zum 1. Januar 2009 einzuführenden brancheneinheitlichen Basistarif wird die Geltung der für die beiden brancheneinheitlichen Standardtarife in den

Absätzen 3a bis 3c enthaltenen Regelungen zur Sicherstellung und Vergütung in Artikel 2 Nr. 8a vorgegeben.

Nach Satz 2 gelten für die Vergütung der (zahn)ärztlichen Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 die im Einzelnen genannten und leistungsreichsspezifisch differenzierten Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als Höchstsätze, soweit und solange die Vertragsparteien nach Absatz 3b keine hiervon abweichende Vergütungsregelung vereinbaren. Die ausdrückliche Einbeziehung der belegärztlichen Leistungen nach § 121 ist zur Vermeidung einer Regelungslücke angezeigt.

Die Höchstsätze nach Satz 2 liegen über den bisher für den brancheneinheitlichen Standardtarif in der PKV in § 5b GOÄ und § 5a GOZ vorgegebenen Vergütungshöchstsätzen. Damit wird der von Ärzten und Zahnärzten vorgebrachten Kritik an aus ihrer Sicht zu geringen privat(zahn)ärztlichen Honoraren für im brancheneinheitlichen PKV-Standardtarif versicherte (zahn)ärztliche Leistungen Rechnung getragen. Zudem können die Vertragspartner nach Absatz 3b den ihnen eingeräumten Gestaltungsspielraum zur vertraglichen Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen nutzen.

Der im Vergleich zu dem für persönliche ärztliche Leistungen geltenden Höchstsatz (1,8facher Gebührensatz der GOÄ) für zahnärztliche Leistungen höher angesetzte Höchstsatz (2,0facher Gebührensatz der GOZ) trägt dem Umstand Rechnung, dass bei jeweils pauschalierender Betrachtung der Abstand des durchschnittlichen Vergütungsniveaus der geltenden GOZ zum Vergütungsniveau für die vertragszahnärztlichen Leistungen geringer ist als der Abstand des durchschnittlichen Vergütungsniveaus der geltenden GOÄ zum Vergütungsniveau für die vertragsärztlichen Leistungen. Künftiger Anpassungsbedarf kann sich ergeben, wenn die Neufestlegung des Vergütungsniveaus für privat(zahn)ärztliche Leistungen im Zuge der anstehenden Novellierung der GOZ zu einer relevanten Veränderung des bisherigen Abstandes zum vertragszahnärztlichen Vergütungsniveau führt. Für eine gegebenenfalls notwendig werdende adäquate Neujustierung der Vergütungsrelation kommen neben einer Änderung der gesetzlichen Vorgabe in Satz 2 zum Vergütungshöchstsatz für zahnärztliche Leistungen auch andere Gestaltungsmöglichkeiten in Betracht wie z. B. wirkungsgleiche Anpassungsregelungen in der GOZ oder im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen nach Absatz 3b.

Satz 3 sieht zur Vermeidung einer Regelungslücke die Vergütungsvorgaben des Satzes 2 auch für bestimmte ambulante (zahn)ärztliche Leistungen vor, die Krankenhäuser oder vergleichbare Einrichtungen erbringen. Zu diesen Leistungsbereichen zählen das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115b), die ambulante Behandlung im Krankenhaus in den Fällen des § 116b, die Leistungen der Hochschulambulanzen und psychiatrischen Institutsambulanzen (§§ 117 und 118) sowie die ärztlichen Leistungen in den sozialpädiatrischen Zentren (§ 119), soweit diese Leistungen für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten brancheneinheitlichen Tarife erbracht werden.

##### **Zu Absatz 3b**

Die Vorschriften schaffen die Rechtsgrundlage für von den gesetzlichen Vergütungsvorgaben des Absatzes 3a Satz 2

und 3 abweichende vertragliche Vergütungsregelungen und eröffnen damit den jeweiligen Vertragsparteien zugleich auch den notwendigen Gestaltungsspielraum für eine flexible und zeitnahe Anpassung der Vergütungen und Vergütungsstrukturen an Veränderungen im Leistungsgeschehen. Dies schließt auch die Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung der Vergütungsstrukturen im Vertragswege ein.

Satz 1 konstituiert die Vertragskompetenz zum Abschluss abweichender Vergütungsvereinbarungen für den Bereich der ärztlichen (und zahnärztlichen) Versorgung im Rahmen des Absatzes 3a Satz 1. Nach Satz 1 geschlossene Verträge sind für die Vertragsärzte und die Unternehmen der PKV verbindlich. Die Verweisungsvorschrift des Satzes 2 ist erforderlich, damit die vom PKV-Verband geschlossenen Verträge auch die Unternehmen der PKV binden, die dem Verband nicht als Mitglieder angehören. Damit ist zugleich sichergestellt, dass der PKV-Verband die Unternehmen der PKV verpflichten kann, gegebenenfalls notwendige Anpassungen, die sich aus abweichenden Vergütungsvereinbarungen ergeben, in den einzelvertraglichen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen für die PKV-Standardtarife und künftig auch für den PKV-Basistarif vorzunehmen und durch entsprechende Anpassungserklärungen gegenüber den in diesen Tarifen Versicherten zur Wirkung zu bringen.

Die Sätze 3 bis 5 ergänzen die Regelung zur vertraglichen Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 durch eine Schiedsstellenregelung als Konfliktlösungsmechanismus. Jeder Beteiligte, der eine von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 abweichende Vergütungsvereinbarung wünscht, kann im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle anrufen, die innerhalb von drei Monaten nach der Anrufung zu entscheiden und den Vertragsinhalt festzusetzen hat. Gleiches gilt, wenn nach Ablauf einer von den Vertragsparteien vereinbarten Vertragslaufzeit keine Einigung über eine Anschlussvereinbarung zu Stande kommt. Bei ihrer Entscheidung hat die Schiedsstelle die in Satz 5 im Einzelnen aufgeführten Vorgaben zu beachten; sie unterliegt insoweit einem gebundenen Ermessensspielraum, dessen Einhaltung gerichtlich nachprüfbar ist. Die näheren Einzelheiten zur Bildung und Ausgestaltung der Schiedsstelle sind in Absatz 3c geregelt. Um Rechtssicherheit auch bei auslaufenden Vergütungsverträgen zu gewährleisten, legt Satz 6 fest, dass Verträge auch nach einer von den Vertragsparteien vereinbarten Vertragslaufzeit bis zum Abschluss eines neuen Vertrags oder bis zur Festsetzung des Vertragsinhaltes durch die Schiedsstelle weiter gelten.

Satz 7 konstituiert für die in Absatz 3a Satz 3 genannten Leistungsbereiche eine entsprechende Vertragskompetenz zum Abschluss abweichender Vergütungsvereinbarungen. Von einer Schiedsstellenregelung für diese Leistungsbereiche wird in Anbetracht ihres im Vergleich zum vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich geringeren Umfangs abgesehen. Allerdings schreibt Satz 8 aus Gründen der Rechtssicherheit auch für diese Leistungsbereiche die Weitergeltung von Vergütungsverträgen nach Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit bis zum Abschluss neuer Verträge vor.

#### **Zu Absatz 3c**

Die Vorschriften enthalten die näheren Vorgaben zur Bildung und Ausgestaltung der Schiedsstelle. Die Kassenärztlichen

Bundesvereinigungen und der Verband der PKV erhalten den Auftrag, je eine gemeinsame, also für den Bereich der ärztlichen und der zahnärztlichen Versorgung getrennte Schiedsstelle zu bilden. Diese ist nach dem Vorbild bereits bestehender Schiedsstellenregelungen, z. B. beim Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung (§ 129) oder der Versorgung mit Hebammenhilfe (§ 134a), mit Vertretern der Leistungserbringerseite und der Kostenträgerseite in jeweils gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zu besetzen. Es ist davon auszugehen, dass der Verband der PKV und die Beihilfekostenträger die der Kostenträgerseite zur Verfügung stehende Zahl der Sitze in der Schiedsstelle angemessen untereinander aufteilen. Komplettiert wird die Besetzung der Schiedsstelle durch je einen stimmberechtigten Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit.

#### **Zu Buchstabe c**

Auch nach Einführung des neuen Honorarsystems im ärztlichen Bereich ab dem Jahr 2009 gemäß § 87 ff. sollen die Richtlinien zum Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) weiterhin bei der KBV verbleiben, sie gehen also nicht an den Bewertungsausschuss über, wie im Gesetzentwurf in Artikel 1 Nr. 55 (§ 85a Abs. 7 Satz 1 SGB V – neu) noch vorgesehen. Vorteil ist, dass das FKZ-Verfahren zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, welches bisher bei der KBV angesiedelt ist und reibungslos verläuft, ohne große Brüche effizient weitergeführt werden kann. Der Änderungsantrag übernimmt die in Artikel 1 Nr. 55 in § 85a Abs. 7 Satz 2 geregelte Vorgabe, dass die erbrachten Leistungen jeweils mit den Euro-Preisen zu vergüten sind, die in der KV des Leistungserbringers gelten. Die Herbeiführung des Benehmens mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen sorgt für die notwendige Transparenz auf Kassenseite. Die sich im Falle der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Zahlungswirkungen für die Krankenkassen bleiben systematisch im Regelungszusammenhang der regionalen Euro-Gebührenordnung und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl. § 87a Abs. 3a Satz 1 und 2). Danach hat die Krankenkasse eine eventuelle Preisdifferenz gegenüber der Wohnort-KV auszugleichen, wenn die Preise für die vertragsärztlichen Leistungen in der Leistungserbringer-KV über den Preisen in der KV liegen, in der der Versicherte seinen Wohnort hat. Im umgekehrten Fall sind ggf. Rückzahlungen von der KV zu leisten.

#### **Zu Nummer 51 (§ 82)**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Nummer 52 (§ 83)**

Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Auch künftig soll es bei den von den Landesverbänden der Krankenkassen zu schließenden Gesamtverträgen dabei bleiben, dass diese mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart zu schließen sind. Für die Ersatzkassen gilt, dass sie ab dem 1. Juli 2008 jeweils einzelne Gesamtverträge schließen. Die Ersatzkassen können sich jedoch auch auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen und einen gemeinsamen Gesamtvertrag schließen (vgl. § 212 Abs. 5 Satz 5 – neu).

**Zu Nummer 54** (§ 85)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen. Auch künftig soll es dabei bleiben, dass die von den Landesverbänden der Krankenkassen zu vereinbarenden Gesamtvergütungen für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart gelten. Für die Ersatzkassen gilt, dass die Höhe der Gesamtvergütung jeweils einzeln vereinbart wird. Sie können sich jedoch auch auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen und eine gemeinsame Gesamtvergütungsvereinbarung treffen (vgl. § 212 Abs. 5 Satz 5 – neu).

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Der Gesetzesbefehl übernimmt den bisherigen Gesetzesbefehl unter Buchstabe a.

**Zu Buchstabe d****Zu Doppelbuchstabe bb**

In der Änderung wird der bisherige Wortlaut der Regelung übernommen. Durch Einfügung des Wortes „unentgeltlich“ wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Vereinbarung der Honorarverteilungsmaßstäbe erforderlichen Daten den Verbänden der Krankenkassen ohne Anspruch auf Kostenerstattung zur Verfügung stellen müssen. Diese Aufgabe ist Teil der den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegenden Sicherstellungsverpflichtung der vertragsärztlichen Versorgung.

**Zu Nummer 55** (§§ 85a, 85b)

Da die Regelungen in den §§ 85a und 85b zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, werden die Regelungen zukünftig in den neu zu schaffenden §§ 87a bis 87c geregelt.

**Zu Nummer 57** (§ 87)**Zu Buchstabe d****Zu Doppelbuchstabe bb**

Die nachfolgenden Anpassungen zielen darauf ab, das Inkrafttreten der Vergütungsreform zum 1. Januar 2009 zu ermöglichen, ohne auf die wesentlichen Reformziele zu verzichten. Dazu werden die Regelungen zur Vergütungsreform vereinfacht und die einzelnen Umsetzungsschritte zeitlich gestreckt. Dies gilt insbesondere für die Vorgaben zur EBM-Reform, welche spätestens zum 1. Januar 2008 in Kraft treten soll und auf der die übrigen Elemente der Vergütungsreform aufbauen. Bei Scheitern dieses ersten Reformschritts wäre der Zeitplan für das Gesamtprojekt hinfällig. Deshalb muss insbesondere die EBM-Reform erheblich vereinfacht und der Selbstverwaltung ein deutlich größerer Spielraum bei der Umsetzung gegeben werden. Auf die Teile der EBM-Reform, für die bislang keine Vorarbeiten erfolgt und die in der Umsetzung besonders komplex sind, muss darum zunächst verzichtet werden. Die Umsetzung dieser Teile kann die Selbstverwaltung Schritt für Schritt zu späteren Zeitpunkten nachholen. Im neu gefassten Satz 3 wird deshalb die Vorgabe zur Entwicklung einer betriebswirtschaftlichen Abstufelung

im EBM in eine Kann-Regelung umgewandelt. Dies entspricht auch dem geltenden Recht, das eine entsprechende Kann-Regelung für den EBM bereits vorsieht.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe e****Zu Absatz 2c**

Auch durch diese Anpassungen wird die Umsetzbarkeit der EBM-Reform erhöht. Dem Bewertungsausschuss wird ein größerer Spielraum eingeräumt, fachärztliche Leistungen als Einzelleistungen abzubilden. Dies ist erforderlich, da die Abbildung bestimmter fachärztlicher Leistungen als Pauschale (z. B. antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen, probatorische Sitzungen oder bestimmte Auftragsleistungen) nicht sachgerecht oder mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist. Bei den Zusatzpauschalen wird neben den Merkmalen, die sich aus der Person des Leistungserbringers ergeben, auch ermöglicht, Merkmale zu berücksichtigen, die sich in bestimmten Behandlungsfällen aus indikationsbezogenen Besonderheiten ergeben können (z. B. photodynamische Therapie mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration, osteodensitometrische Untersuchung bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben). Schließlich wird dem Bewertungsausschuss vorgegeben, dass die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten hat. Diese Vorschrift ist aufgrund der Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung erforderlich. Eine entsprechende Spezialvorschrift für psychotherapeutische Leistungen existiert auch im geltenden Recht (§ 85 Abs. 4).

**Zu Absatz 2d**

Um sicherzustellen, dass der Arzt bei der Erbringung der Leistungen insbesondere die erforderliche Qualität erfüllt hat, sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab auch entsprechende Prüfkriterien vorzusehen, die zur Nachprüfung der Qualität geeignet sind. Zudem wird klargestellt, dass es sich bei den in der Regelung angesprochenen Dokumentationsverpflichtungen insbesondere um Regelungen nach § 295 Abs. 3 handelt (sog. Kodierrichtlinien, die erstmals bis zum 30. Juni 2009 zu vereinbaren sind). Zudem werden die Vorgaben zur Abrechnung der im EBM enthaltenen Pauschalen nur durch einen Arzt im Quartal zu Kann-Vorgaben umgewandelt. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Beschluss zur EBM-Reform auf Grundlage des geltenden EBM zu erfolgen hat, d. h. der Beschluss kann auf dem bereits getroffenen EBM inklusive der dafür erfolgten umfangreichen Vorarbeiten (betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlagen etc.) aufbauen. Zudem wird klargestellt, dass die Regelungen zum neuen EBM spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2008 zu treffen sind. Zudem wird vorgegeben, dass die Regelungen zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit (siehe Absatz 2c) mit Wirkung zum 1. Januar 2009 zu treffen sind, da im Jahr 2008 noch die Regelung zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in § 85 Abs. 4 gilt und somit eine ausreichende Vergütung der Leistungen pro Zeiteinheit gewährleistet ist. Der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Abbildung fachärztlicher

Leistungen als diagnosebezogene Fallpauschalen wird zeitlich um drei Jahre nach hinten verschoben, da dazu bislang keine ausreichenden Vorarbeiten des Bewertungsausschusses vorliegen und die Umsetzung der Regelung sehr aufwendig ist.

#### **Zu Buchstabe f**

Die Anpassungen beziehen sich auf die Vorgaben zur Festlegung und Anpassung der Orientierungswerte und der Indikatoren zur Messung von regionalen Besonderheiten bei der Versorgungs- und Kostenstruktur durch den Bewertungsausschuss. Neben redaktionellen Anpassungen finden sich hier Vorgaben, welche eine sachgerechtere Kalkulation und Anpassung der Orientierungswerte ermöglichen sollen.

#### **Zum ersten Halbsatz**

Redaktionelle Anpassung.

#### **Zu Absatz 2e**

##### **Zu Satz 3 (alt)**

Auf die Vorgabe an den Bewertungsausschuss, die Orientierungswerte bei Unter- und bei Überversorgung kostenneutral zu kalkulieren (§ 87 Abs. 2e Satz 3 i. d. F. des Gesetzentwurfs), wird verzichtet, d. h. die voraussichtlichen Mehrausgaben, die die Krankenkassen bundesweit durch die Zahlung von Orientierungswerten bei Unterversorgung haben, müssen kalkulatorisch nicht mehr durch die voraussichtlichen Einsparungen gedeckt werden, die sich bundesweit insgesamt aus den Abschlägen in überversorgten Gebieten ergeben. Die Kalkulationsvorgabe hätte dazu führen können, dass die Orientierungswerte für Unterversorgung vom Bewertungsausschuss nicht in sachgerechter Höhe festgesetzt worden wären, sondern dass sie sich quasi automatisch rechnerisch aus den geschätzten Ersparnissen durch die Zahlung der Orientierungswerte bei Überversorgung ergeben hätten. Durch die Streichung der Kalkulationsvorgabe wird sichergestellt, dass die Zu- und Abschläge jeweils in sachlich angemessener Höhe kalkuliert werden.

#### **Zu Absatz 2f**

Redaktionelle Anpassungen. Die in § 87 Abs. 2f Satz 5 i. d. F. des Gesetzentwurfs enthaltene Sonderregelung zur Festlegung des Indikators zur Messung von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur für das Jahr 2009 wird im Wesentlichen unverändert an anderer Stelle geregelt (§ 87c – neu).

#### **Zu Absatz 2g**

In § 87 Abs. 2g (neu) finden sich im Wesentlichen die bisher im § 87 Abs. 2h enthaltenen Regelungen zur jährlichen Anpassung des Orientierungswertes, wobei hier das Anpassungskriterium „voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung“ durch das sachgerechtere Kriterium „Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Kosten“ ersetzt wird. Die in § 87 Abs. 2g i. d. F. des Gesetzentwurfs enthaltenen Regelungen zur erstmaligen Festsetzung der Orientierungswerte für das Jahr 2009 finden sich nunmehr im § 87c Abs. 1. Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Regelungen zur Vergütungsreform werden im § 87c (neu) alle Vorgaben zur Ausgestaltung des Vergütungssystems zusammengefasst,

welche sich auf die Übergangsphase der Jahre 2009 und 2010 beziehen.

#### **Zu Absatz 2h (alt)**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Buchstabe g**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Buchstabe i**

Die Anpassungen beziehen sich auf die Regelungen zu dem vom Bewertungsausschuss bis zum 1. April 2007 zu gründenden Institut.

#### **Zu Absatz 3b**

Der Absatz 3b bleibt in seinen wesentlichen Inhalten unverändert, es erfolgen allerdings einige Klarstellungen und redaktionelle Anpassungen: In Satz 2 werden die gesetzlichen Verweise redaktionell angepasst, und es wird klargestellt, dass das Institut seine Aufgaben gemäß den Bestimmungen wahrzunehmen hat, welche der Bewertungsausschuss in der Geschäftsordnung (Absatz 3e) festlegt. In Satz 3 wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses mit den Aufgaben des Instituts beauftragen kann, wenn das Institut nicht fristgerecht gegründet wird. Der neue Satz 6 stellt klar, dass die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses bis zur Herstellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit des Instituts sicherzustellen haben, dass der Bewertungsausschuss seine gesetzlichen Aufgaben in vollem Umfang und fristgerecht erfüllen kann.

Die im neuen Satz 7 vorgesehene konkrete Feststellung durch den Bewertungsausschuss, ob die Voraussetzungen vorliegen, ist erforderlich, um fristgerechte Beschlüsse des Bewertungsausschusses sicherzustellen. Aufgrund der engen Terminvorgaben hat der Bewertungsausschuss diese Feststellung bereits erstmalig bis zum 30. April 2007 und dann weiter in regelmäßigen Abständen zu treffen. Weiter wird ihm die Option eingeräumt, in einer Übergangsphase bis zum 31. Oktober 2008 die in Satz 2 genannten Aufgaben noch nicht vollständig durch das Institut, sondern sie bis zu diesem Zeitpunkt z. T. noch durch die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen erbringen zu lassen. Eine solche Übergangsregelung ist sinnvoll und erforderlich, da das Institut einige Zeit brauchen wird, bis das Personal so eingearbeitet ist und die Arbeitsabläufe so eingespielt sind, dass es die ihm zugeordneten Aufgaben in vollem Umfang übernehmen kann. Gerade in der Aufbauphase des Instituts müssen aber die Beschlüsse zur Anpassung des EBM und zur erstmaligen Ermittlung der Orientierungswerte und der Indikatoren für regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur vorbereitet werden. Die genannten Organisationen müssen deshalb sicherstellen, dass die erforderlichen Arbeiten zur Vorbereitung dieser Beschlüsse in jedem Falle – ggf. durch sie selbst – durchgeführt werden. Damit ist klar, dass sie zu jedem Zeitpunkt in der Verantwortung für die sachgerechte und fristgerechte Beschlussfassung des Bewertungsausschusses stehen.

**Zu Absatz 3c**

Redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Absatz 3e**

Auch der Absatz 3e bleibt in seinen wesentlichen Inhalten unverändert. Verzichtet wird hier aber auf die Vorgabe an den Bewertungsausschuss, eine Verfahrensordnung für das Institut zu vereinbaren. Die Vorarbeiten zur Herstellung der Arbeitsfähigkeit des Instituts werden dadurch erheblich reduziert. Zudem wird klargestellt, dass in der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Geschäftsordnung auch Regelungen zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte zu treffen sind. Der Bewertungsausschuss kann für die verschiedenen Aufgaben des Instituts beispielsweise eine unterschiedliche „Vorbereitungstiefe“ vorsehen. So wird gewährleistet, dass der Bewertungsausschuss eine sinnvolle und effiziente Aufgabenverteilung zwischen Institut und Bewertungsausschuss festlegen kann.

**Zu Absatz 3f**

In Absatz 3f wird bestimmt, dass auch die für die Bereinigungsverfahren erhobenen Daten aus den außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Einzelvertragsformen zu übermitteln sind. Diese Daten sind erforderlich, um zu gewährleisten, dass die Anpassungen der Bewertungen der Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab auf betriebswirtschaftlicher Basis und auf einer sachgerechten Datengrundlage (möglichst umfassende Leistungsfrequenzen von Arztpraxen etc.) erfolgen können. Zudem wird klargestellt, dass die dort genannten Datenlieferungen zwischen den Beteiligten jeweils unentgeltlich zu erfolgen haben. Dadurch wird verhindert, dass es zu Verzögerungen bei der Umsetzung aufgrund von Streitigkeiten um die Finanzierung der Kosten der Datenlieferungen kommt. Die Vorgaben des Satzes 7 werden an anderer Stelle geregelt (§ 87c Abs. 1 Satz 6 – neu).

**Zu Buchstabe l**

Folgeänderung der unter Buchstabe i Abs. 3b erfolgten Klarstellung, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen der Spitzenverbände der Krankenkassen oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Aufgaben des Instituts beauftragen kann, wenn das Institut nicht fristgerecht gegründet wird. Es wird klargestellt, dass die beauftragten Verbände dem Bundesministerium für Gesundheit in diesem Falle bei einer Ersatzvornahme zuzuarbeiten haben.

**Zu Buchstabe m****Zu Absatz 7**

Folgeänderung der Verschiebung der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte bei Unter- und Überversorgung auf das Jahr 2010.

**Zu Absatz 8**

Redaktionelle Anpassungen.

**Zu Nummer 57a (§ 87a)**

Die Regelungen des neuen § 87a entsprechen im Wesentlichen den Regelungen des § 85a i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Da die Regelungen zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, passen sie besser an diese Stelle im Gesetz. Die Regelungen wurden zudem so umstrukturiert, dass sie insgesamt verständlicher werden: So wurden zu lange Absätze in kleinere Absätze unterteilt und diejenigen Sonderregelungen, die sich lediglich auf die Übergangszeit in den Jahren 2009 und 2010 beziehen, wurden in einem eigenen Paragraphen (§ 87c – neu) untergebracht. Zudem wurden inhaltliche Anpassungen vorgenommen, um den Spielraum der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen zur Umsetzung der Regelungen zu erhöhen. Die Regelungen des geltenden § 87a finden sich nunmehr im § 87d (neu).

Im Einzelnen ergeben sich gegenüber dem alten § 85a folgende technische und inhaltliche Änderungen:

In Absatz 2 wird Satz 1 redaktionell angepasst, und die Regelungen, die sich auf die erstmalige Vereinbarung der Euro-Gebührenordnung beziehen, werden gestrichen, da diese zukünftig in § 87c geregelt werden.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen für zusätzliche morbiditätsbedingte Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben (z. B. Grippewelle), zeitnah zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen müssen. Das heißt die zusätzlichen Zahlungen erfolgen ggf. bereits im laufenden Jahr und nicht erst im Folgejahr. Entsprechend wird der Beschluss des Bewertungsausschusses zu dieser Frage (§ 87a Abs. 5) auf den 31. August 2008 vorgezogen, um sicherzustellen, dass die Regelung bereits im Jahr 2009 unterjährig angewendet werden kann. Wie im Gesetzentwurf und im geltenden Recht sieht Satz 5 erster Halbsatz vor, dass Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit außerhalb der (morbiditätsbedingten) Gesamtvergütungen zu vergütet sind; im neuen zweiten Halbsatz wird den Vertragsparteien der Honorarvereinbarungen nunmehr zudem die Möglichkeit eingeräumt, ebenfalls gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren, dass bestimmte zusätzliche vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden. Diese Leistungen werden von den Krankenkassen dann also ohne Mengenbegrenzung mit den Euro-Preisen vergütet, und sie fallen auch nicht unter die artbezogenen Regelleistungsvolumina. Vorstellbar wären solche Regelungen z. B. für antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen, Dialyseleistungen oder Präventionsleistungen.

Um die Regelungen besser lesbar zu machen, wird der Teil der Regelungen, der sich auf eine Korrektur der Gesamtvergütungen bezieht, in einem neuen Absatz 3a geregelt. Inhaltlich wird hier zudem klargestellt, dass die notwendigen Korrekturen spätestens bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sind. So wird gewährleistet, dass ggf. anfallende Nachzahlungen die Kassenärztlichen Vereinigungen (oder die Krankenkassen) so schnell wie möglich erreichen. Einzelheiten zum Ausgleichsverfahren haben die Vertragspartner der Honorarvereinbarungen zu vereinbaren.

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 3 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55), die sich auf die erstmalige Festlegung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beziehen, sind nunmehr im neuen § 87c geregelt (s. o.).

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 4 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) bleiben unverändert.

In Absatz 5 Satz 1 finden sich redaktionelle Änderungen. Die Aufzählung zu den vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren erfolgt nun gemäß der Reihenfolge, in der die Regelungen, auf die Bezug genommen wird, im Gesetz genannt werden. Der Beschluss zur erstmaligen Berechnung der Leistungsmenge für das Jahr 2009 (Nummer 4 alt) wird in den neuen § 87c überführt. Die Streichung in Satz 2 zweiter Halbsatz ist erforderlich, um die nähere Konkretisierung der Leistungsmenge, die als Parameter zur Bestimmung von Risikoklassen Verwendung findet, der Selbstverwaltung zu überlassen. Zudem wird neu vorgegeben, dass der Bewertungsausschuss ein Verfahren festzulegen hat, nach welchem die diagnosebezogenen Risikoklassen für Versicherte zu bereinigen sind, wenn die Vertragspartner vereinbaren, dass bestimmte Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet werden (s. o.). Da diese Leistungen nicht mehr unter die Gesamtvergütungen und damit unter den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf fallen, dürfen diese Leistungen auch nicht mehr in die diagnosebezogenen Risikoklassen einfließen, mit deren Hilfe die Entwicklung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Zeitablauf gemessen wird.

In Absatz 6 wird klargestellt, dass die dort genannten Datenlieferungen zwischen den Beteiligten jeweils unentgeltlich zu erfolgen haben. Die Regelungen zu den Datenlieferungen, die für den Beschluss des Bewertungsausschusses zur erstmaligen Berechnung der Leistungsmenge für das Jahr 2009 (s. o.) erforderlich sind, wurden in den neuen § 87c überführt.

Der bisherige Absatz 7 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) wird gestrichen. Die Richtlinien zum Fremdkassenzahlungsausgleich verbleiben weiterhin bei der KBV, sie gehen also nicht an den Bewertungsausschuss über. Die notwendigen inhaltlichen Anpassungen zum Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgen im § 75 Abs. 7a (neu). Vorteil ist, dass das Verfahren des Fremdkassenzahlungsausgleichs, welches bisher bei der KBV angesiedelt ist und reibungslos verläuft, ohne große Brüche effizient weitergeführt werden kann. Der Bewertungsausschuss wird nicht mit dieser Aufgabe belastet und hat deshalb mehr Kapazitäten für die übrigen von ihm zu erfüllenden Aufgaben frei.

#### **Zu Nummer 57b (§§ 87b und 87c)**

Die Regelungen des neuen § 87b entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Da die Regelungen zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, sind sie an dieser Stelle im Gesetz besser geregelt. Die Regelungen wurden zudem so umstrukturiert, dass sie insgesamt verständlicher werden. Die Regelungen des neuen § 87c umfassen im Wesentlichen alle Sonderregelungen der bisherigen §§ 87 sowie 85a und 85b i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55 und 57), die sich lediglich auf die Übergangszeit in den Jahren 2009 und 2010 beziehen.

Die gegenüber den bisherigen Regelungen in den §§ 85a und 85b i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) vorgenommenen inhaltlichen Änderungen zielen alle darauf ab, der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene und auf regionaler Ebene eine bessere Umsetzung der Vergütungsreform zu ermöglichen. Soweit möglich wurden die Regelungen vereinfacht bzw. neue Spielräume für die Selbstverwaltung zur Umsetzung der Regelungen geschaffen.

Im Einzelnen ergeben sich folgende technische und inhaltliche Änderungen:

#### **Zu § 87b**

##### **Zu Absatz 1**

Redaktionelle Anpassungen.

##### **Zu Absatz 2**

Die Regelungen des neuen Absatzes 2 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b Abs. 2 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). In den Sätzen 1 bis Satz 5 erfolgen redaktionelle Anpassungen. Durch klarstellende Formulierungen wird ermöglicht, Regelleistungsvolumina sowohl auf den Arzt als auch auf die Arztpraxis zu beziehen, um allen Konstellationen der ambulanten ärztlichen Tätigkeit Rechnung tragen zu können, z. B. in einer Einzel- und Gemeinschaftspraxis, an mehreren Praxissitzen, als Vollzeit- oder Teilzeitarzt, als freiberuflich tätiger oder als angestellter Arzt, in überörtlichen oder überbezirklichen Kooperationsformen. Der neu angefügte Satz 6 berücksichtigt, dass die zeitgebundenen und vorab von den Krankenkassen zu genehmigenden psychotherapeutischen Leistungen mengenbegrenzt sind und deshalb eine Einbeziehung in die Steuerung über Regelleistungsvolumina nicht erforderlich ist. Darüber hinaus eröffnet der Satz 7 die Möglichkeit, bestimmte Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder für die es medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei der Leistungserbringung erforderlich ist, nicht in die Regelleistungsvolumina einzubeziehen. Vorstellbar wären solche Regelungen z. B. für Dialyse- oder Präventionsleistungen. Dies ermöglicht, die Förderung von Leistungen durch die besondere Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab durch die Nicht-Einbeziehung dieser Leistungen in die Regelleistungsvolumina fortwirken zu lassen. Der Bewertungsausschuss, welcher sowohl den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als auch die Vorgaben zur Umsetzung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina vereinbart, hat festzulegen, für welche Leistungen eine solche Ausnahme sinnvoll ist. Dabei hat er die Regelungen insgesamt so festzulegen, dass die ausreichende Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen gewährleistet ist.

##### **Zu Absatz 3**

Die Regelungen des neuen Absatzes 3 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b Abs. 3 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Satz 1 enthält einige redaktionelle Anpassungen. Die in Satz 2 enthaltene Liste der zwingend zu beachtenden Kriterien zur Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina wird im Vergleich zur Regelung in § 85b Abs. 3 aber deutlich verringert. Als zwingende Kriterien nach den Sätzen 1 und Satz 2 verbleiben

nur die Morbidität, die zur Verteilung in den Regelleistungsvolumina zur Verfügung stehende Honorarsumme sowie die Zahl der Ärzte. In Satz 3 wird zudem vorgegeben, dass, soweit erforderlich, auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind. Die ehemals zwingend zu beachtende Vorgabe von aus den EBM-Zeitwerten abgeleiteten Kapazitätsgrenzen wird in Satz 4 zu einer Kann-Regelung umgewandelt, um den Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung und die Umsetzbarkeit der Regelungen zu erhöhen. In Satz 5 finden sich Regelungen zur Bildung von Rückstellungen, die im bisherigen § 85b Abs. 4 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55) enthalten waren, systematisch aber besser in diesen Absatz passen. Da Erfahrungen mit vergangenen Vergütungsreformen gezeigt haben, dass es infolge solcher weit reichender Reformen zu ungewollten Honorarverwerfungen für Ärzte bzw. Arztgruppen kommen kann, wird hier zusätzlich die Option eröffnet, Rückstellungen zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste zu bilden. Damit wird die Selbstverwaltung in die Lage versetzt und in die Verantwortung genommen, dem zeitnah entgegenzusteuern. Bei den sonstigen Anpassungen handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

#### Zu Absatz 4

Die Regelungen des neuen Absatzes 4 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85b Abs. 4 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). In den Sätzen 1 und 2 werden alle vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Regelungen aufgeführt. Diese entsprechen inhaltlich den Regelungen aus § 85b Abs. 4 Satz 1 und 2; zusätzlich ist in Satz 1 nun eine Regelung aufgeführt, die vorher mit gleichem Inhalt in § 85b Abs. 5 Satz 3 enthalten war, systematisch aber besser an diese Stelle passt. Satz 2 enthält redaktionelle Anpassungen sowie die Klarstellungen, bis wann die Beschlüsse erstmals zu treffen sind und dass die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung von Rückstellungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grundsätze beschränkt bleibt. In Satz 3 wird der Termin zur erstmaligen Feststellung der Berechnungsformel für die Regelleistungsvolumina durch die regionale Selbstverwaltung vom 31. Oktober 2008 auf den 15. November 2008 verändert, um der Selbstverwaltung einen etwas größeren zeitlichen Spielraum zu geben. Die in den Sätzen 4 und 5 enthaltenen Datenregelungen waren im Wesentlichen vorher in § 85b Abs. 5 Satz 1 und 2 enthalten, passen systematisch aber besser an diese Stelle. Inhaltlich neu ist hier lediglich die Klarstellung, dass die hier angesprochenen Daten unentgeltlich bereitzustellen sind.

#### Zu Absatz 5

Die in Absatz 5 enthaltenen Regelungen entsprechen im Wesentlichen den Regelungen in § 85b Abs. 4 Satz 4 bis 6 sowie § 85b Abs. 6 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Alle Regelungen betreffen die Zuweisung des Regelleistungsvolumens durch die Kassenärztliche Vereinigung und sonstige Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen. Da diese Regelungen systematisch zusammengehören, werden sie im neuen Absatz 5 zusammengefasst. In Satz 1 wird zudem klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Arzt bei der Zuweisung des Regelleistungsvolumens auch die Leistungen zu benennen haben, die außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden.

#### Zu § 87c

Die Regelungen des neuen § 87c umfassen im Wesentlichen alle Sonderregelungen der bisherigen §§ 87 sowie 85a und 85b i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55 und 57), die sich lediglich auf die Übergangszeit in den Jahren 2009 und 2010 beziehen. Da diese systematisch zusammengehören, werden sie zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Regelungen im neuen § 87c zusammengefasst.

#### Zu Absatz 1

Die Regelungen in Absatz 1 entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 87 Abs. 2g i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57) zur erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte. In Satz 1 werden aber die Termine zur erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte angepasst: Am 31. August 2008 erfolgt lediglich die erstmalige Festsetzung der Orientierungswerte im Regelfall. Der Termin zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes bei Über- oder bei Unterversorgung (Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize) wird vom 31. August 2008 auf den 31. August 2009 verschoben. Durch die Verschiebung der Festlegung der letztgenannten Orientierungswerte auf das Jahr 2009 sinkt der Aufwand für die Selbstverwaltung auf Bundesebene und auf regionaler Ebene im Jahr 2008 beträchtlich, so dass sie mehr Kapazitäten für die Umsetzung der übrigen im Jahr 2008 durchzuführenden Umsetzungsschritte frei hat.

In den Sätzen 2 bis 5 finden sich die Vorgaben zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes im Regelfall. Diese Vorgaben orientieren sich an den Vorgaben des bisherigen § 87 Abs. 2g i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57), wobei die Spielräume für die Selbstverwaltung aber erheblich erweitert und die Regelungen so angepasst werden, dass sie fristgerecht umgesetzt werden können. Auf die in § 87 Abs. 2g Satz 2 enthaltene Anforderung, den Orientierungswert so festzulegen, dass insgesamt Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, wird verzichtet, da der Spielraum der Selbstverwaltung erhöht werden soll (s. u.). Satz 2 gibt wie der bisherige § 87 Abs. 2g Satz 3 vor, dass der Orientierungswert rechnerisch aus der Division eines vorgegebenen Finanzvolumens und einer vorgegebenen Leistungsmenge zu ermitteln ist. In Satz 2 zweiter Halbsatz wird dem Bewertungsausschuss aber die grundsätzliche Option gegeben, durch übereinstimmenden Beschluss seiner Mitglieder (d. h. faktisch ohne die Möglichkeit der Anrufung des erweiterten Bewertungsausschusses) von der gesetzlich vorgegebenen Berechnungsweise abzuweichen und einen Orientierungswert in anderer Höhe festzulegen: Das heißt, wenn der Bewertungsausschuss nach eigenem Ermessen einen anderen Orientierungswert festlegen möchte, wird ihm dies durch die gesetzlichen Regelungen eröffnet. Somit wird der Spielraum der Selbstverwaltung erhöht, einstimmig eigene Lösungen zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes zu finden. Macht der Bewertungsausschuss von dieser Option keinen Gebrauch oder kann er sich nicht auf eine anderweitige Festlegung des Orientierungswertes einigen, so gelten die gesetzlichen Vorgaben in den Sätzen 3 bis 5. Gegenüber den Vorgaben in § 87 Abs. 2g sind diese Vorgaben aber mit dem Ziel angepasst worden, den sich daraus ergebenden Punktwert zu stabilisieren. Deshalb wird in Satz 3 ein höheres Finanzvolumen (die für das Jahr 2008 entrichteten und

mit der für das Jahr 2009 vorgegebenen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 gesteigerten Gesamtvergütungen) und in Satz 4 eine niedrigere Leistungsmenge zugrunde gelegt: Abgestellt wird nicht mehr auf die insgesamt erbrachten Leistungen, sondern auf die Leistungen, die sich nach der Durchführung der Abrechnungsprüfungen sowie Mengenbegrenzungsmechanismen der Honorarverteilungsverträge (z. B. Regelungen zu Fallzahlobergrenzen, Regelungen zur Fallzahlzuwachsbeschränkung sowie Abstufungsregelungen) ergeben; Leistungsmengen, die im Rahmen der Honorarverteilung mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werden, sind unter Berücksichtigung des vorgenommenen relativen Vergütungsabschlags zu gewichten. Die Anpassungen führen im Ergebnis somit zu einem höheren rechnerischen Punktwert; der Orientierungswert liegt damit über dem bundesdurchschnittlichen rechnerischen Punktwert des Jahres 2008. In Satz 4 wird zudem vorgegeben, dass die Festlegung auf Basis von Abrechnungsdaten aus mindestens vier aktuell vorliegenden Quartalen erfolgt. In Satz 5 wird zusätzlich vorgegeben, dass bei der Berechnung Simulationsberechnungen zur Wirkung des neuen EBM auf die Leistungsmenge zu berücksichtigen sind. Insgesamt wird so sichergestellt, dass zum Zeitpunkt der Beschlussfassung auf jeden Fall die erforderlichen Daten vorliegen und ein sachgerechter Beschluss getroffen werden kann, die Regelung vom Bewertungsausschuss also umgesetzt werden kann. Die in Satz 6 enthaltene Datenregelung war im bisherigen § 87 Abs. 3f i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57) enthalten, ist systematisch aber besser an dieser Stelle geregelt. Inhaltlich wird lediglich klargestellt, dass die Datenlieferungen unentgeltlich zu erfolgen haben. Die in Satz 7 enthaltene Regelung zur Anpassung des Orientierungswertes im Jahr 2010 war bisher mit gleichem Inhalt im bisherigen § 87 Abs. 2h Satz 2 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57) enthalten, passt systematisch aber besser an diese Stelle.

#### **Zu Absatz 2**

Die Regelung in Absatz 2 entspricht im Wesentlichen der Regelung im bisherigen § 87 Abs. 2f Satz 5 i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57), passt systematisch aber besser an diese Stelle, da es sich um eine lediglich für das Jahr 2009 anzuwendende Spezialregelung handelt. Die vorherige „Soll-Bestimmung“ wurde in eine „Kann-Bestimmung“ umgewandelt, um stärker zu verdeutlichen, dass die Daten zur Wirtschaftskraft nur hilfsweise, unter differenzierter Anwendung sowie nur im Ausnahmefall im Jahr 2008 verwendet werden.

#### **Zu Absatz 3**

Die erstmalige Vereinbarung des regionalen Punktwertes zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Regelfall wird auf den 15. November 2008 verschoben, um den regionalen Vertragspartnern bei der erstmaligen Vereinbarung der Punktwerte etwas mehr zeitlichen Spielraum zu geben. Zudem wird klargestellt, dass die regionalen Gebührenordnungen für das Jahr 2009 nur die Preise für den Regelfall enthalten; aufgrund der Verschiebung der erstmaligen Festlegung der Orientierungswerte für Über- und Unterversorgung werden die diesbezüglichen Punktwerte auch erst ein Jahr später, d. h. zum 15. Oktober 2010 vereinbart und auf dieser Grundlage die Preise für Über- und Unterversorgung ermittelt.

#### **Zu Absatz 4**

Die Regelungen in Absatz 4 beinhalten die Vorgaben zur erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im Jahr 2008. Die Regelungen entsprechen im Wesentlichen den Regelungen im bisherigen § 85a Abs. 3 Satz 7 bis 11 (Berechnungsvorgabe) sowie der Regelung im bisherigen § 85a Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 (Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Berechnung) und § 85a Abs. 6 Satz 5 (Datenregelungen) jeweils i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 55). Da die Regelungen systematisch zusammengehören und sie eine Sonderregelung für das Jahr 2009 darstellen, werden sie in diesem Absatz zusammengefasst. In Satz 1 wird der Termin für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen um zwei Wochen auf den 15. November 2008 verschoben; dies ist eine Folgeänderung der Terminverschiebungen in Absatz 3. In Satz 4 wird analog zur Regelung in Absatz 1 Satz 4 (erstmalige Festlegung des Orientierungswertes) vorgegeben, dass mindestens auf die abgerechneten Leistungsdaten der letzten vier vorliegenden Quartale abzustellen ist. Dadurch wird gewährleistet, dass zum Zeitpunkt der erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen alle erforderlichen Daten vorliegen und die Regelung umgesetzt werden kann. Zudem wird in Satz 4 klargestellt, dass die Leistungsmengen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung mengenbegrenzender Mechanismen der Honorarverteilungsverträge zu verwenden sind. Satz 7 stellt klar, dass die Daten unentgeltlich bereitzustellen sind. Der Termin für die Datenlieferung wird vom 1. August auf den 31. Oktober 2008 verschoben, um zu gewährleisten, dass möglichst viele Daten aus dem Jahr 2008 in die Berechnung einfließen können.

#### **Zu Nummer 57c (§ 87d)**

Die Regelung in der neu eingefügten Nummer 57c entspricht der Regelung in der bisherigen Nummer 57a, d. h. die Regelungen des neuen § 87d entsprechen den – redaktionell angepassten – Regelungen des bisherigen § 87a i. d. F. des Gesetzentwurfs (Artikel 1 Nr. 57a).

#### **Zu Nummer 59 (§ 89)**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Nummer 61 (§ 91)**

Die im Gesetzentwurf enthaltene Rechtsverordnungsermächtigung zur Regelung von Einzelheiten im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses entfällt. Notwendig zu treffende Regelungen wie die Einzelheiten zur Übernahme des Vorsitzes der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien mit der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses werden in Artikel 2 Nr. 14 stattdessen in die Regelungskompetenz der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 Nr. 2 (neu) übertragen. Die Regelung der Vergütungshöhe für die hauptamtliche Tätigkeit der Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss wird den entsprechenden Dienstvertragsvereinbarungen überlassen.

**Zu Nummer 62** (§ 92)**Zu Buchstabe b**

Die Änderung übernimmt die Inhalte des Gesetzentwurfs und ergänzt diese um eine neue Nummer 15, die eine Folgeänderung zur Aufnahme der Impfleistung in den Leistungskatalog (§ 20d) ist.

**Zu Buchstabe g**

Die Änderung übernimmt die Inhalte des Gesetzentwurfs und ergänzt diese um einen neuen Absatz 7c. Diese Vorschrift dient dazu, den Sachverstand der Vertretungen von Leistungserbringern im Bereich der Soziotherapieversorgung in die Richtlinienentscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubeziehen.

**Zu Nummer 67** (§ 100)**Zu Buchstabe a**

Künftig sollen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nicht erst bei unmittelbar drohender Unterversorgung, sondern bereits dann, wenn absehbar ist, dass Unterversorgung droht, einen „Unterversorgungsbeschluss“ fassen können. Die Voraussetzungen für einen entsprechenden Beschluss werden damit vermindert und der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung erhöht.

**Zu Buchstabe b**

Bei der Neufassung des Buchstaben b handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des zum 1. Januar 2007 in Kraft tretenden Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG). Da dem § 100 mit dem VÄndG bereits ein neuer Absatz 3 angefügt wird, handelt es sich bei dem mit diesem Gesetz neu anzufügenden Absatz um den Absatz 4.

**Zu Nummer 68** (§ 101)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund des zum 1. Januar 2007 in Kraft getretenen VÄndG. Auch der mit dem VÄndG neu eingefügte § 101 Abs. 3a, der ein Ende von Leistungsbegrenzungen im Falle der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen vorsieht, kann als Folge der Streichung der Zulassungsbeschränkungen für Zahnärzte für diese nicht gelten und ist daher in die Regelung des Absatzes 6 einzubeziehen.

**Zu Nummer 70** (§ 104)**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 100 Abs. 1 Satz 1 in Artikel 1 Nr. 67: Künftig sollen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nicht erst bei unmittelbar drohender Unterversorgung, sondern bereits bei in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung einen „Unterversorgungsbeschluss“ fassen können.

**Zu Buchstabe b**

Der Gesetzesbefehl übernimmt den bisherigen Gesetzesbefehl des Artikels 1 Nr. 70.

**Zu Nummer 71** (§ 105)**Zu Buchstabe b**

Bei der Änderung in Satz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung ab dem Jahr 2009.

Um den Abbau von Unterversorgung bei Ärzten in den Jahren 2007 bis einschließlich 2009 finanziell zu fördern, wird Satz 3 neu gefasst und vorgegeben, dass die Krankenkassen die für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Unterversorgung benötigten finanziellen Mittel nicht nur zu 50 Prozent, sondern zu 100 Prozent zu tragen haben. Die Zahlung der Sicherstellungszuschläge geht in den Jahren 2007 bis einschließlich 2009 somit nicht mehr zu Lasten der Gesamtvergütungen und damit der übrigen Ärzte. Der Teil der Gesamtvergütungen, der bereits jetzt von den Kassenärztlichen Vereinigungen für Sicherstellungszuschläge zur Verfügung gestellt wurde, wird damit wieder der Honorarverteilung zugeführt.

Mit der Neufassung des Satzes 4 wird vorgegeben, dass die neue Finanzierungsregelung des Satzes 3 nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt, da sie hier nicht erforderlich ist. Damit entfällt auch die im bisherigen Satz 4 enthaltene Vorgabe, dass das Finanzvolumen der insgesamt in einem Kalenderjahr gezahlten Sicherstellungszuschläge im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung den Betrag von 1 Prozent der insgesamt an diese Kassenärztliche Vereinigung entrichteten Vergütung nicht überschreiten darf. Der Wegfall ist damit zu begründen, dass dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ermöglicht werden soll, die Sicherstellungszuschläge für die in unterversorgten Gebieten tätigen Ärzte in der erforderlichen Höhe festzulegen. Die erforderlichen Zahlungen werden auch nicht durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität begrenzt, da die in § 71 Abs. 1 SGB V erwähnte notwendige medizinische Versorgung ohne die Zahlung der Sicherstellungszuschläge gerade nicht gewährleistet werden kann.

Aufgrund der bisher in den einzelnen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen beschlossenen finanziellen Volumina für die Finanzierung der Sicherstellungszuschläge, die die bisher vorgegebene Grenze in Höhe von 1 Prozent der Gesamtvergütungen bei weitem nicht erreichen, halten sich die mit der Aufhebung der Begrenzung verbundenen finanziellen Risiken, insbesondere für die Krankenkassen in den neuen Ländern in sehr engen Grenzen. Zudem gilt, dass nach wie vor die Entscheidung über die Höhe der zu zahlenden Sicherstellungszuschläge je Arzt, über die Dauer der Maßnahme sowie über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen obliegen. Die Landesausschüsse treffen ihre Entscheidungen mit der Mehrheit der Mitglieder. Die Krankenkassen können entsprechende Maßnahmen nicht blockieren, da der Landesausschuss neben jeweils acht Vertretern von Krankenkassen und Ärzten auch drei unparteiische Mitglieder hat (vgl. § 90 SGB V). Andererseits sind trotz der möglichen Übereinstimmung der Krankenkassen aufgrund der Unparteiischen willkürliche Regelungen ausgeschlossen.

Insgesamt wird durch die angepasste Regelung somit gewährleistet, dass die Krankenkassen Sicherstellungszuschläge in erforderlicher Höhe bereitstellen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten,

zu verbessern oder zu fördern. Sie können z. B. finanzielle Anreize für Ärzte schaffen, sich in den betroffenen Gebieten neu niederzulassen, oder die bereits dort niedergelassenen Ärzte finanziell fördern.

Zu beachten sind in diesem Zusammenhang auch die erweiterten Möglichkeiten zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen durch die Selbstverwaltung, die sich aus entsprechenden Anpassungen in § 100 SGB V ergeben: Bereits durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sind erweiterte Möglichkeiten zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen geschaffen worden. Es wurde bestimmt, dass Sicherstellungszuschläge nicht nur dann gezahlt werden können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung getroffen hat, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht. Nunmehr ist nach § 105 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 100 Abs. 3 die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte auch dann möglich, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Durch die nunmehr vorgenommene zusätzliche Anpassung in § 100 Abs. 1 werden die Kriterien für einen „Unterversorgungsbeschluss“ angepasst, indem nicht mehr auf „unmittelbar“ drohende Unterversorgung, sondern auf „in absehbarer Zeit“ drohende Unterversorgung abgestellt wird, so dass sich hier der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung weiter erhöht.

#### **Zu Buchstabe c**

Die Ergänzung ist erforderlich, um die Bestimmungen des Absatzes 4 zu konkretisieren, die ab dem 1. Januar 2010 ausschließlich für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten.

#### **Zu Nummer 72 (§ 106)**

Die vorgesehenen Änderungen des § 106 Abs. 4 Satz 5 und 6 sind bereits im Gesetzentwurf enthalten. An dieser Stelle gestrichen werden die als Folge der neuen Organisationsstruktur der Verbände erforderlichen Änderungen. Diese finden sich nunmehr in Artikel 2 Nr. 14a (neu). Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich ist, um die inhaltlichen Änderungen des § 106, die zum 1. Januar 2008 in Kraft treten, von den Änderungen, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund auf den 1. Juli 2008 erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft treten, zu trennen.

#### **Zu Nummer 85 (§ 116b)**

Die Streichung ist erforderlich, um zu gewährleisten, dass die Vergütung der ambulanten Leistungen des Krankenhauses der Vergütung der Vertragsärzte auch in den Fällen entspricht, in denen Preise für den Regelfall als auch Preise bei Vorliegen von Über- und Unterversorgung in der Gebührenordnung ausgewiesen werden. Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Nummer 88a (§ 121)**

Der Änderungsantrag gewährleistet, dass der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss die bestehenden Probleme bei der belegärztlichen Vergütung mit einer

Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) kurzfristig löst.

#### **Zu Nummer 90 (§ 124)**

Bei der Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund erforderlich geworden ist.

#### **Zu Nummer 93 (§ 127)**

##### **Zu Absatz 1**

Die Regelungen zu Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich werden weiter konkretisiert, um deutlich zu machen, dass auch im Falle von Ausschreibungen eine ordnungsgemäße, in der Qualität gesicherte und wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden muss. Bei Ausschreibungen sind die jeweils gültigen Vorschriften des Vergaberechts anzuwenden. Um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, kann im Rahmen der vorgesehenen Vergabeverfahren die Bildung entsprechender Fach- und Teillose angezeigt sein. Ferner wird klargestellt, dass sich auch Zusammenschlüsse von Leistungserbringern (Bietergemeinschaften) an Ausschreibungen beteiligen können. Für individuell angefertigte Hilfsmittel oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel als nicht zweckmäßig anzusehen. Mit diesen Änderungen wird sowohl den Interessen der Versicherten als auch den Interessen der Leistungserbringer – insbesondere kleiner und mittlerer Unternehmen – Rechnung getragen.

##### **Zu Absatz 2**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in Absatz 1.

#### **Zu Nummer 95 (§ 129)**

##### **Zu Buchstabe a**

Folgeänderungen zur Streichung des Höchstpreissystems.

##### **Zu Buchstabe c**

##### **Zu den Sätzen 1 und 2 (alt)**

Folgeänderungen aufgrund der Streichung des Höchstpreissystems.

##### **Zu Satz 1 (neu)**

Für Zytostatika-Rezepturen zur Behandlung onkologischer Erkrankungen, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung unmittelbar am Patienten angewendet werden, wird durch diese Regelung die bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit redaktionell angepasst, Preisabschlüsse für diese spezielle Versorgung zu vereinbaren. Hierdurch können besondere Fallgestaltungen der Versorgung mit Zytostatika-Rezepturen sachgerecht berücksichtigt werden. Krankenkassen können zur Versorgung von Arztpraxen mit Zytostatika-Rezepturen Verträge mit Apotheken schließen. Der Wortlaut der Neuregelung sieht dazu ausdrücklich vor, dass dabei sowohl die Einkaufspreise bzw. die Abgabepreise für Zytostatika gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmer als auch die Vergütung der Apotheken für die Zytostatika-Zuberei-

tung vereinbart werden können. Rechtsgrundlage für die Preis-Vereinbarung mit pharmazeutischen Unternehmern ist § 130a Abs. 8 SGB V. Apotheken können demnach von Krankenkassen beauftragt werden, mit dem pharmazeutischen Unternehmer Abschlüsse auf dessen Abgabepreis zu Gunsten der Krankenkassen zu vereinbaren. Eine entsprechende Beauftragung von Apotheken ist im Rahmen des Vertrags mit der Krankenkasse für Zytostatika-Rezepturen möglich und wirtschaftlich sinnvoll. Rabatte nach § 130a Abs. 8 fließen der Krankenkasse zu und sind von der Rabattregelung des § 7 des Heilmittelwerbegesetzes nicht berührt, da diese Vorschrift nur Rabatte regelt, die in eigener Zuständigkeit von Apotheken auf eigene Rechnung erzielt werden.

#### **Zu den Buchstaben d und e (neu)**

Folgeänderungen zur Streichung des Höchstpreissystems.

#### **Zu Nummer 96 (§ 130)**

##### **Zu Buchstabe a**

Als Folgeänderung zum Wegfall der Gewährleistung der Apotheken für das Zustandekommen eines Einsparbetrags von 500 Mio. Euro durch Rabattverträge und Preisnachlässe und die Beibehaltung eines einheitlichen Apothekenabgabepreises wird ein Einsparbeitrag der Apotheken durch Erhöhung des Apothekenrabatts von 2 Euro auf 2,30 Euro gesichert.

##### **Zu Buchstabe b**

Der einheitliche Apothekenabgabepreis wird beibehalten, so dass Apotheken von den durch die Arzneimittelpreisverordnung bestimmten Festzuschlägen nicht abweichen können.

#### **Zu Nummer 97 (§ 130a)**

##### **Zu Buchstabe e**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Der Text entspricht dem bisherigen Regelungsinhalt des Buchstaben e.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Durch die Regelung wird ein Missbrauch der Möglichkeit zur Verrechnung des Generika-Abschlags mit Preissenkungen ausgeschlossen, wenn diesen Preissenkungen Preiserhöhungen vorausgegangen sind. Ein pharmazeutischer Unternehmer kann eine Preissenkung nicht mit dem Generika-Abschlag verrechnen, soweit er in den vorhergehenden 36 Monaten vor der Preissenkung den Preis erhöht hat. Die Stichtagsregelung 1. Dezember 2006 vereinfacht die Umsetzung, weil hierdurch der Beginn der Umsetzung dieser Regelung nicht durch Recherchen zu Preisdaten für weiter zurückliegende Zeiträume erschwert wird. Zudem wird eine Regelung auch für die bisher über 2 000 Arzneimittel getroffen, deren Abgabepreise von pharmazeutischen Unternehmern angehoben und wieder abgesenkt worden sind. Auch für diese Arzneimittel kann der 10-prozentige Abschlag abgelöst werden unter der Voraussetzung, dass der Abgabepreis nur einmal erhöht worden ist und die gesetzliche Krankenversicherung zum Ausgleich des entstandenen Mehraufwands vom pharmazeutischen Unternehmer einen Abschlag von 2 Prozent auf seinen jeweils gültigen Abgabepreis für den

Zeitraum von zwölf Monaten ab dem Zeitpunkt der neu vorgenommenen Preissenkung erhält.

#### **Zu Buchstabe i**

Als Folgeänderungen zum Wegfall der Gewährleistung der Apotheken für das Zustandekommen eines Einsparbetrags von 500 Mio. Euro durch Rabattverträge und Preisnachlässe wird das Initiativrecht der Apotheken zum Abschluss von Rabattverträgen mit pharmazeutischen Unternehmern zu Gunsten von Krankenkassen gestrichen. Es bleibt bei der bereits nach geltender Rechtslage vorgesehenen Möglichkeit der Krankenkassen, Apotheken oder ihre Verbände am Abschluss solcher Verträge zu beteiligen bzw. diese hiermit zu beauftragen.

#### **Zu Nummer 99 (§ 132a)**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Streichung der Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege wird zurückgenommen.

#### **Zu Nummer 102a (§ 132e)**

In der neuen Leistungserbringervorschrift § 132e im 8. Abschnitt („Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern“) des 4. Kapitels ist der Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen für die Versorgung mit Schutzimpfungen geregelt. Impfleistungen nach § 20d Abs. 1 und 2 werden außerhalb des Bereichs der vertragsärztlichen Versorgung organisiert. Die Arzneimittelkosten und die Kosten für die ärztliche Behandlung unterfallen damit nicht dem Arzneimittelbudget und der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

Die Krankenkassen müssen durch die von ihnen abzuschließenden Verträge eine flächendeckende Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungsleistungen sicherstellen. Die Krankenkassen haben zu entscheiden, mit welchen der aufgeführten Leistungserbringer die Versorgung durchgeführt wird. Die Leistungserbringer haben keinen Anspruch auf einen Einzelversorgungsvertrag. Die Krankenkassen haben aber sicherzustellen, dass insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen, da Kinder- und Hausärzte ca. 90 Prozent der Schutzimpfungen durchführen.

#### **Zu Nummer 103 (§ 133)**

Der bisher unter Buchstabe b (alt) vorgesehene Ausgabenabschlag bei den Fahrkosten soll insbesondere wegen zu erwartender Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung entfallen. Damit wird auch einem entsprechenden Änderungsvorschlag des Bundesrates Rechnung getragen.

#### **Zu Nummer 106 (§ 135a)**

Die vorgesehene Verpflichtung der Leistungserbringer zur Beachtung der Anforderungen nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 entfällt, da durch sie der Eindruck vermittelt wurde, dass die nach § 137a zu beauftragende unabhängige Institution eine eigenständige Kompetenz zur Festlegung von Anforderungen an die Leistungserbringer haben könnte. Die unabhängige Institution soll aber keine normsetzenden Kompetenzen

besitzen, sondern vielmehr Vorschläge für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien zu fassenden Anforderungen an die Qualitätssicherung erarbeiten.

#### **Zu Nummer 107 (§ 136)**

##### **Zu den Buchstabe a und b**

Durch die Änderungen wird eine nach gleichen Grundsätzen erfolgende Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei den Qualitätsprüfungen und den sonstigen Maßnahmen der Qualitätssicherung gewährleistet. Aufgrund des engen fachlichen Zusammenhangs der Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 135a und der Qualitätsprüfungen ist es erforderlich, die datenschutzrechtlichen Regelungen des § 299 auch auf die Qualitätsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu beziehen. Die Ergänzung des Halbsatzes in Satz 1 ermöglicht es, dass abweichend von der im Regelfall vorgesehenen Stichprobenerhebung in begründeten Ausnahmefällen nach den Maßgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses auch eine Vollerhebung durchgeführt werden kann. Die Ergänzung des letzten Satzteiles in Satz 2 stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei den Bestimmungen der Richtlinien zur Qualitätsbeurteilung und bei den Festlegungen zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen die Arbeitsergebnisse des unabhängigen Instituts nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu berücksichtigen hat.

##### **Zu Buchstabe c**

Die Regelung ist wortgleich mit der bereits im Gesetzentwurf unter Buchstabe b vorgesehenen Änderung.

#### **Zu Nummer 110 (§ 137)**

##### **Zu Absatz 1**

##### **Zu Satz 1**

Durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über die gesetzlich ausdrücklich genannten Inhalte der Richtlinien zur Qualitätssicherung hinaus auch andere für notwendig befundene Regelungsgegenstände der Qualitätssicherung aufgreifen und festlegen kann. Darüber hinaus wird durch die Ergänzung in Nummer 2 zur Vermeidung von Missverständnissen verdeutlicht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch bei den sektorenübergreifenden Anforderungen an die Qualitätssicherung Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festlegen soll. Nach geltendem Recht (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2) ist der Gemeinsame Bundesausschuss bereits verpflichtet, für Krankenhäuser Vorgaben zu Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität festzulegen. Für den vertragsärztlichen Bereich hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch bereits nach § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 die Kompetenz, Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festzulegen.

##### **Zu Absatz 3**

##### **Zu Satz 1**

##### **Zu Nummer 1**

Klarstellung, dass die Bestimmung zur Fortbildungspflicht sich lediglich auf die Verpflichtung des entsprechenden Nachweises beschränkt und damit kein Eingriff in die Rege-

lungskompetenzen des jeweiligen Berufsrechts vorgesehen ist. Darüber hinaus wird neu geregelt, dass die Pflicht sich, vergleichbar wie im vertragsärztlichen Bereich, auch auf die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt.

##### **Zu Satz 7**

Folgeänderung aus der Änderung der Nummer 1, bei der auch Nachweise über die Fortbildungspflichten der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestimmt werden sollen. Die Vorschrift sichert für diesen Regelungsbereich die Beteiligungsrechte der Psychotherapeutenkammer.

##### **Zu Satz 11**

Die Einfügung stellt klar, dass zu den möglichen ergänzenden Qualitätsanforderungen der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung auch Vorgaben zur Führung klinischer Krebsregister gehören. Den klinischen Krebsregistern kommt vor allem deshalb eine besondere Bedeutung zu, da durch sie gezielte Aussagen über die Qualität der in der onkologischen Versorgung erbrachten Leistungen abgeleitet und die Versorgungsqualität in einer Region beispielsweise durch Qualitätsvergleiche verbessert werden können.

#### **Zu Nummer 111 (§ 137a)**

##### **Zu Absatz 1**

##### **Zu Satz 1**

Die Änderung stellt klar, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Durchführung des gesetzlich definierten Vergabeverfahrens mit allen zulässigen Vergabearten ermöglicht wird, ohne auf die öffentliche Ausschreibung, die nur eine mögliche Vergabeart darstellt, gesetzlich festgelegt zu sein.

##### **Zu Absatz 2**

##### **Zu Satz 1**

##### **Zu Nummer 1**

Durch die Streichung wird klargestellt, dass der Auftrag nicht zwingend zugleich für alle Versorgungsbereiche ergehen muss.

##### **Zu Satz 2**

Die Ergänzung stellt sicher, dass die im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 erhobenen Daten auch für die wissenschaftliche Forschung und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zur Verfügung stehen.

##### **Zu Absatz 5**

Die Ergänzung schließt die Regelungslücke zur Sicherstellung der notwendigen Transparenz und Unabhängigkeit beteiligter Institutionen und Personen.

Im Übrigen enthält der Änderungsantrag keine nähere Regelung zur Transparenz der Finanzierung.

#### **Zu Nummer 113 (§ 137d)**

Die Ergänzung stellt klar, dass der Sachverstand der Psychotherapeuten bei den Vereinbarungen für die ambulante und

stationäre Rehabilitation und stationäre Vorsorge einbezogen wird, um eine sachgerechte Entwicklung der Anforderungen an die Qualitätssicherung zu gewährleisten.

#### **Zu Nummer 117 (§ 139a)**

##### **Zu Buchstabe b**

Durch die Änderung wird verdeutlicht, dass die Bewertung des medizinischen Nutzens auf der Grundlage der international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin zu erfolgen hat. Für die Bewertung der Kosten bzw. die monetäre Bewertung des Nutzens gilt dann in der Folge der international anerkannte Stand der Wissenschaft vor allem im Bereich der Gesundheitsökonomie.

##### **Zu Buchstabe c**

Die Ergänzung stellt klar, dass im Hinblick auf die gesundheitsökonomische Bewertung die hierfür erforderlichen Sachverständigen ebenfalls einbezogen werden müssen. Sie schließt nicht aus, dass das Institut – soweit es erforderlich ist – zusätzliche Sachverständige betroffener anderer Bereiche und Professionen einbezieht.

#### **Zu Nummer 118 (§ 139c)**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Nummer 121 (§ 140d)**

##### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Zielsetzung, dass in der integrierten Versorgung in erster Linie Verträge abgeschlossen werden sollen, die eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen, bleibt erhalten. Auf die Regelung, dass nur bevölkerungsbezogene Verträge Mittel der Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen können, wird jedoch verzichtet. Damit bleibt der finanzielle Anreiz der Anschubfinanzierung auch für sinnvolle Projekte, die keinen Bevölkerungsbezug aufweisen, erhalten.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Regelung stellt klar, dass die Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die Krankenhäuser nur für die Vergangenheit, also für die Mittel, die in den Jahren 2004 bis 2006 einbehalten wurden, entfällt. Für die in den Jahren 2007 und 2008 einbehaltenen Mittel besteht eine Rückzahlungsverpflichtung. Die Krankenkassen haben den Krankenhäusern die Mittel, die nicht für die integrierte Versorgung verwendet wurden, zurückzuzahlen.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Redaktionelle Änderung der Verlagerung der Regelungen aus § 85a in den § 87a (neu).

##### **Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Folgeänderung der Verlagerung der Regelungen aus § 85a in den § 87a (neu).

#### **Zu Nummer 122 (§ 140f)**

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG). Da in § 140f Abs. 2 mit dem VÄndG ein neuer Satz 2 eingefügt wurde, verschoben sich die mit diesem Gesetz vorzunehmenden Änderungen um einen Satz nach hinten.

##### **Zu Buchstabe c**

Im Koalitionsvertrag haben sich die Partner darauf verständigt, den begonnenen Weg zu einer stärkeren Patientenpartizipation mit dem Ziel fortzusetzen, die Informations- und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten auszubauen und die Transparenz zu erhöhen. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag sollen deshalb die im Gesetzentwurf bereits enthaltenen Verbesserungen ergänzt werden. Die Regelung dient weiter dazu, die Patientenbeteiligung in der bisherigen Form zu ermöglichen, wenn die Gremienarbeit zukünftig gestrafft wird. Dem erhöhten Kommunikations- und Abstimmungsbedarf zwischen den benannten Personen in den Ausschüssen und Unterausschüssen und den Patientenvertreterinnen und -vertretern im Entscheidungsgremium soll Rechnung getragen werden.

Deshalb wird eine Unterstützung der sachkundigen Personen, aber auch der benannten oder anerkannten Patientenorganisationen, durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich im Gesetz verankert. Sie erstreckt sich auf organisatorische und inhaltliche Dienstleistungen, die bisher durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses mit dem Hinweis auf eine fehlende gesetzliche Grundlage abgelehnt wurden. Hierzu zählen beispielsweise spezielle Fortbildungen, insbesondere zu den formalen Voraussetzungen der Antragstellung, für die Patientenvertreterinnen und -vertreter, aber auch die Beschaffung von kostenpflichtigen Studien. Weiterhin soll die Antragstellung nach § 140f Abs. 2 Satz 4 SGB V in medizinischer und rechtlicher Hinsicht, insbesondere zu neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, unterstützt werden. Dies ist wegen der umfangreichen Antragsvoraussetzungen erforderlich. Nach § 11 Abs. 3 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen im Antrag die zu prüfende Methode in ihrer Art, die zu prüfenden Indikationen und indikationsbezogenen Zielsetzungen beschrieben, die Rechtsgrundlagen der beantragten Entscheidung angegeben werden und es soll eine substantiierte Begründung enthalten sein. Dabei sind in der Begründung indikationsbezogenen Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der zu beratenden Methode jeweils auch im Vergleich zu bereits erbrachten Methoden zu machen und mit Unterlagen zu belegen. Die Patientenvertreterinnen und -vertreter haben bisher keine derartigen Anträge gestellt, da sie die weit reichenden Begründungsvoraussetzungen ohne geschulten Beistand nicht bewältigen können.

Die in der Vorschrift genannten Bereiche sind nicht abschließend. Eine Unterstützung ist daher auch weitergehend möglich. Gegebenenfalls ist hierfür die Einrichtung einer eigenständigen Organisationseinheit mit speziellen Ansprechpartnern sinnvoll. Die dafür erforderlichen Kosten werden – wie die übrigen Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses – über § 139c SGB V aufgebracht.

**Zu Nummer 124 (§ 155)****Zu Buchstabe b**

Die Änderung enthält die Folgeänderungen, die aufgrund der Verschiebung der Einführung der Insolvenzfähigkeit der bisher nicht insolvenzfähigen Krankenkassen in Bezug auf die Haftung nach Schließung einer Krankenkasse erforderlich geworden sind. Für den Zeitraum bis zur Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen wird das geltende Recht weitgehend übernommen. Daher haften bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse die übrigen Betriebskrankenkassen für die bestehenden Verpflichtungen. Die organisatorische Abwicklung der Haftung wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 an keine Körperschaften des öffentlichen Rechts mehr sind.

**Zu Buchstabe c**

Die Änderung in Absatz 5 enthält eine Klarstellung zur Haftung für die Erfüllung bestimmter Verpflichtungen der aufgelösten oder geschlossenen Krankenkasse, wenn deren Vermögen oder – bei nicht für betriebsfremde Versicherte geöffneten Betriebskrankenkassen – das Vermögen des Trägerarbeitgebers nicht ausreichen, um die Gläubiger der Krankenkasse zu befriedigen. Hierdurch soll das Gewollte verdeutlicht werden. Es handelt sich um die Verpflichtungen, deren Erfüllung in jedem Fall gewährleistet werden soll, was in Bezug auf die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer schon verfassungsrechtlich geboten ist. Um sicherzustellen, dass die Haftungsgrundlage für diese Verpflichtungen ungeschmälert erhalten bleibt, können sich Betriebskrankenkassen der Haftung hierfür auch nicht durch eine kassenartenübergreifende Fusion und einen damit verbundenen Wechsel in eine andere Kassenart entziehen.

**Zu Nummer 125 (§ 164)**

Die Regelung überträgt die Änderungen der Haftungsregelungen des § 155 auf die Innungskrankenkassen.

**Zu Nummer 129 (§ 171)**

Die Regelungen übertragen die Änderungen der Haftungsregelungen in § 155 auf die Schließung von Ersatzkassen.

**Zu Nummer 130 (§ 171a)****Zu Absatz 1**

Die Änderung enthält eine Präzisierung des Verfahrens, in dem festgestellt wird, ob die finanziellen Grundlagen des Verbands, dem die kleinere Krankenkasse angehört hat, durch die kassenartenübergreifende Fusion gefährdet werden. Hierdurch wird für alle Beteiligten nachvollziehbar und rechtssicher festgestellt, ob dieser Verband die Mitgliedschaft der neuen Krankenkasse ablehnen kann.

**Zu Absatz 2**

Die Frist für die Nachhaftung der an einer kassenartenübergreifenden Fusion beteiligten Krankenkassen wird von drei auf fünf Jahre verlängert. Hierdurch soll es den betroffenen Krankenkassen weiter erschwert werden, sich durch eine

kassenartenübergreifende Fusion bestehenden oder drohenden Haftungsverpflichtungen zu entziehen.

**Zu Nummer 131 (§ 171b)****Zu Satz 1**

Zur Vorbereitung der Einführung der Insolvenzfähigkeit für alle Krankenkassen werden diese verpflichtet, für ihre Verpflichtungen aus Versorgungszusagen vom 1. Januar 2010 an einen Kapitalstock zu bilden, um die Erfüllung dieser Verpflichtungen im Insolvenzfall sicherzustellen. Gleichzeitig soll hierdurch verhindert werden, dass das Bestehen ungedeckter Versorgungsverpflichtungen zum Zeitpunkt der Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen zu einer Überschuldung der betroffenen Krankenkassen führt.

**Zu Absatz 2**

Satz 2 regelt, dass der Zeitpunkt, von dem an die Insolvenzordnung für alle Krankenkassen gelten soll, die Abgrenzung der Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, die Festlegung der für die Krankenkassen nach Einführung der Insolvenzfähigkeit maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften sowie das Entfallen der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung spätestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsfonds durch Bundesgesetz geregelt wird.

**Zu Nummer 133 (§ 173 Abs. 2)****Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Durch die Änderung wird zum einen bewirkt, dass sich Betriebs- und Innungskrankenkassen, die derzeit noch nicht für betriebs- bzw. für innungsfremde Mitglieder geöffnet sind, auch über den 31. Dezember 2008 hinaus öffnen können. Hierdurch soll diesen Krankenkassen ermöglicht werden, sich auch nach diesem Zeitpunkt für eine umfassende Teilnahme am Kassenwettbewerb entscheiden zu können.

Außerdem handelt es sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse für Mitglieder außerhalb der Seeschifffahrt auf den 1. Januar 2009.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Änderung trägt einem Vorschlag des Bundesrates zur Abgrenzung des Kassenbezirks geöffneter Betriebs- und Innungskrankenkassen Rechnung. Bisher ist der Kassenbezirk geöffneter Betriebs- und Innungskrankenkassen an die Regionen der Ortskrankenkassen gebunden, in denen sich Betriebe oder Innungsbetriebe befinden, für die die Krankenkasse nach ihrer Satzung zuständig ist. Dies führt dazu, dass sich bei einer länderübergreifenden Vereinigung landesweiter Ortskrankenkassen auch der Kassenbezirk von Betriebs- und Innungskrankenkassen kraft Gesetzes erweitert. In einer wettbewerblich geprägten Krankenversicherung ist es jedoch nicht sachgerecht, dass sich der Bezirk, in dem eine Krankenkasse wählbar ist, nach organisationsrechtlichen Maßnahmen einer im Wettbewerb stehenden Krankenkasse einer anderen Kassenart richtet. Aus diesem Grund wird festgelegt, dass der Kassenbezirk einer geöffneten Betriebs- oder Innungskrankenkasse immer das Gebiet des Landes oder der

Länder ist, in dem sich Betriebe oder Innungsbetriebe befinden, für die die Krankenkasse satzungsgemäß zuständig ist.

Die Änderung enthält außerdem eine Bestandsschutzregelung für die geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen, deren Kassenbezirk durch die Vereinigung der Ortskrankenkassen Rheinland und Hamburg kraft Gesetzes auf die Region der jeweils anderen AOK erweitert worden ist. Hierdurch wird verhindert, dass sich der Kassenbezirk dieser Krankenkassen durch die Bindung an die Landesgrenzen wieder verkleinert.

#### **Zu Nummer 134 (§ 174)**

##### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse auf den 1. Januar 2009. Bis zu diesem Zeitpunkt ist die Beibehaltung der Zuständigkeitsregelung in § 174 Abs. 4 für die bei der See-Berufsgenossenschaft beschäftigten versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Arbeitnehmer erforderlich.

##### **Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

#### **Zu Nummer 135 (§ 175)**

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu den Doppelbuchstaben bb und cc**

Die Regelungen stehen im Zusammenhang mit der gleichzeitig vorgenommenen beitragsrechtlichen Neuregelung, nach der der (erhöhte) Zusatzbeitrag von Mitgliedern, die das Kündigungsrecht ausüben, bis zum Wirksamwerden der Kündigung nicht erhoben wird. Mit der Einfügung des Satzes 6 wird die bereits vorgesehene Hinweispflicht der Krankenkassen auf das Sonderkündigungsrecht dahingehend ergänzt, dass der Hinweis spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit der Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages erfolgen muss. Das Sonderkündigungsrecht kann dann gemäß der Neufassung des Satzes 5 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung ausgeübt werden. Der eingefügte Satz 7 regelt die Rechtsfolge, wenn die Krankenkasse die Frist für den Hinweis auf das Sonderkündigungsrecht bis einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit nicht einhält. In diesem Fall verschiebt sich für die davon betroffenen Mitglieder die Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages und die Frist für die Ausübung des Kündigungsrechts um den der Verspätung entsprechenden Zeitraum.

##### **Zu Doppelbuchstabe ee**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Absatz 9. Mit diesen Regelungen wird rückwirkend zum Stichtag der dritten Lesung die Versicherungsfreiheit von abhängig Beschäftigten, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überstiegen hat, aufgehoben. Durch die Folgeänderung wird sichergestellt, dass die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die unter diese Regelung fällt, unwirksam ist, so dass die

Mitgliedschaft dieser Person bei ihrer bisherigen gesetzlichen Krankenkasse wieder hergestellt wird.

#### **Zu Nummer 136 (§ 177)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse auf den 1. Januar 2009. Bis zu diesem Zeitpunkt ist die Beibehaltung des § 176 noch erforderlich.

#### **Zu Nummer 136a (§ 176)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse auf den 1. Januar 2009. Die Aufhebung des Zweiten Titels im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels kann daher auch erst zu diesem Zeitpunkt erfolgen.

#### **Zu Nummer 138 (§ 190)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, dass sich Satz 2 nur auf die Regelung zur Beendigung der Mitgliedschaft von Personen bezieht, bei denen ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird. Des Weiteren handelt es sich um eine Folgeänderung zur Präzisierung des Personenkreises der Sozialhilfebezieher in § 5 Abs. 8a Satz 2.

#### **Zu Nummer 142 (§ 197b)**

##### **Zu Satz 1**

Klarstellung, dass Krankenkassen Aufgaben auch auf Arbeitsgemeinschaften übertragen können.

##### **Zu Satz 2**

Redaktionelle Erweiterung des Bezugsrahmens.

#### **Zu Nummer 143a (§ 211a)**

In den Fällen, in denen das Gesetz vorsieht, dass die Landesverbände und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu handeln haben, bedarf es einer Regelung, wenn eine Einigung nicht zu Stande kommt. Können sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nicht einigen, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der jeweiligen Kassenart. Das Stimmgewicht des jeweiligen Vertreters richtet sich nach dem Anteil der jeweiligen Kassenart an der landesweiten Versichertenanzahl.

#### **Zu Nummer 144 (§ 212)**

##### **Zu Buchstabe a**

Klarstellung, dass die Gesellschafter der Nachfolgesellschaften die Landesverbände sind. Einzelne Krankenkassen können den Beitritt erklären und hierdurch Gesellschafter der Nachfolgesellschaften werden.

##### **Zu Buchstabe e**

Die Ersatzkassen schließen kassenartenspezifische Verträge jeweils für sich ab. Sofern eine gemeinsame Vertretung von den Ersatzkassen oder von manchen Ersatzkassen gewollt ist, können sie sich auf einen gemeinsamen Abschlussbevollmächtigten einigen. Ein gemeinsamer Abschlussbevollmächtigter muss benannt werden, wenn es um den Abschluss

von kassenartenübergreifenden Verträgen auf Landesebene geht. Hiermit wird eine einheitliche Vertretung der Ersatzkassen gewährleistet. In beiden Fällen können auch die Verbände der Ersatzkassen und deren Landesvertretungen als Abschlussbevollmächtigte benannt werden. Die Verbände der Ersatzkassen haben die Befugnis, Verwaltungsakte zu erlassen, wenn dies für die ihnen von den Ersatzkassen übertragenen Aufgaben erforderlich ist.

#### **Zu Nummer 145 (§ 213)**

##### **Zu Absatz 1**

##### **Zu Satz 4**

Redaktionelle Umstellung.

Die Vorschrift bewirkt, dass für die Ansprüche der Bediensteten aus Arbeits- und Dienstvertrag sowohl bei Auflösung des Verbandes der Ersatzkassen als auch bei Austritt eines Mitglieds aus dem Verband, ebenso wie bei Auflösung der Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder des Austritts aus der Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach § 213 Abs. 1 Satz 3 in der Fassung des Entwurfs, in Abweichung zum Zivil- und Handelsrecht zeitlich unbeschränkt gehaftet wird. Dies gilt ausweislich des Wortlauts der Vorschrift nur für bei Auflösung des Vereins oder Austritt aus dem Verein bestehende Ansprüche.

##### **Zu Satz 7**

Redaktionelle Anpassung.

##### **Zu Absatz 6**

Um von Anfang an die effektive Aufgabenerfüllung sicherzustellen, sollte es dem Spitzenverband erleichtert werden, qualifiziertes Personal, das schon bisher in den entsprechenden Arbeitsgebieten Erfahrung gesammelt hat, ohne bürokratischen Aufwand einstellen zu können. Allerdings ist offenkundig, dass die Vorschrift sich lediglich auf das zum Zeitpunkt der gesetzlichen Umwandlung angestellte Personal bezieht und nach der Umwandlung eingestelltes Personal sich auf diese Vorschrift nicht berufen kann.

#### **Zu Nummer 149**

##### **Zu § 217b**

##### **Zu Absatz 1**

##### **Zu den Sätzen 2, 3 und 4 (alt)**

Folgeänderung zur neuen Sitzverteilungsregelung im Verwaltungsrat unter Einschluss einer Stimmengewichtung.

##### **Zu Satz 4 (neu)**

Die Amtsdauer der Mitglieder des Verwaltungsrates beträgt sechs Jahre (§ 217c Abs. 1 SGB V – E i. V. m. § 58 SGB IV). Es ist davon auszugehen, dass der neu gewählte Verwaltungsrat Mitte 2007 erstmalig zur konstituierenden Sitzung zusammentritt. Damit liefe die erste Amtsperiode bis Mitte 2013. Vom 1. bis 10. Juni 2011 finden indes die nächsten allgemeinen Sozialversicherungswahlen statt, aufgrund derer die Verwaltungsräte der Mitgliedskassen im Spitzenverband spätestens bis Ende November sich neu konstituieren. In der dann neu beginnenden Amtsperiode sind womöglich bisherige

Verwaltungsratsmitglieder nicht mehr in den Verwaltungsrat der Mitgliedskasse gewählt, die aber noch Mitglied im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund wären.

Die oben beschriebene Situation führt zu dem Vorwurf, dass die betroffenen Verwaltungsratsmitglieder im Spitzenverband ohne das Mandat ihrer Mitgliedskasse nicht mehr hinreichend legitimiert wären.

Die Amtsperiode des Verwaltungsrates im Spitzenverband Bund wird deshalb auf Anfang 2012 verkürzt. Damit wird der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund aus den Reihen des zuvor gewählten Verwaltungsrates der jeweiligen Mitgliedskasse gebildet. Damit ist der Zeitraum minimiert, in dem im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Verwaltungsratsmitglieder vertreten sind, die nicht mehr Verwaltungsratsmitglied ihrer Mitgliedskasse sind.

##### **Zu Absatz 3**

Durch den Verweis auf die Absätze 1 und 3 des § 64 des Vierten Buches ist geregelt, wie die Bedingungen für die Beschlussfassung in der Mitgliederversammlung sind.

##### **Zu § 217c**

##### **Zu Absatz 1**

Die Neustrukturierung des Verwaltungsrates erfolgt auf der Grundlage von 41 Verwaltungsratssitzen und 60 Stimmen, mit 27 Sitzen für die Versicherten- und 14 für die Arbeitgebervertreter. Durch die mit den 60 Stimmen verbundene Stimmengewichtung wird Parität bei der Beschlussfassung zwischen den Versicherten- und Arbeitgebervertretern hergestellt. Es gibt 30 Stimmen für die Versichertenvertreter gesamt und 30 Stimmen für die Arbeitgebervertreter gesamt.

Die Erhöhung der Sitzzahl ermöglicht eine bessere Abbildung des von der jeweiligen Kassenart zu repräsentierenden prozentualen Versichertenanteils. Die Gewichtung der Stimmen des einzelnen Versicherten- und Arbeitgebervertreters ermöglicht eine paritätische Besetzung innerhalb der jeweiligen Kassenart mit Ausnahme der Ersatzkassen unter relativ genauer Abbildung der Proporz, wie sie zurzeit zwischen den verschiedenen Kassenarten bestehen.

Zudem soll es dem Spitzenverband Bund möglich sein, die Sitzverteilung und die Stimmengewichtung im Verwaltungsrat an die Entwicklungen der Versichertenanzahlen anzupassen. Er kann insofern die Entwicklung der Zahl der Versicherten durch eine von der gesetzlichen Sitz- und Stimmenverteilung abweichende Sitz- und Stimmenverteilung in seiner Satzung nachvollziehen. Von den gesetzlichen Vorgaben der paritätischen Stimmenverteilung zwischen Versicherten und Arbeitgebern und der Höchstzahl der Verwaltungsratssitze von 52 kann er jedoch nicht abweichen.

##### **Zu den Absätzen 5 und 6**

Der Verweis enthält Einzelheiten für den Ablauf des Wahlverfahrens.

##### **Zu Absatz 7**

Das Erfordernis der Zustimmung des Bundesrates zum Erlass einer Wahlordnung wird gestrichen, um Verzögerungen beim Erlass der Wahlordnung zu vermeiden.

**Zu § 217e****Zu Absatz 1****Zu den Sätzen 3 und 4**

Die Festlegung des Standortes Berlin entspricht dem mutmaßlichen Willen des zukünftigen Spitzenverbandes Bund. Schließlich hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem Jahr 2009 seinen Sitz in Berlin gewählt. Für die Verbindungsstelle stellt sich die Sachlage anders dar. Es soll dem Spitzenverband Bund überlassen sein, den Sitz der Verbindungsstelle getrennt von dem Hauptsitz des Spitzenverbandes festzulegen. Hierbei wird insbesondere zu berücksichtigen sein, wo das Hauptschwergewicht der Aufgabenerfüllung der DVKA zu erledigen ist.

**Zu Satz 5**

Redaktionelle Anpassung. Überdies hat die Satzung Bestimmungen darüber zu enthalten, wie vorzeitig ausscheidende Verwaltungsratsmitglieder ersetzt werden.

**Zu § 217f****Zu Absatz 1**

Die zeitliche Verschiebung der Aufgabenübertragung stellt sicher, dass der Spitzenverband Bund seine Errichtung abgeschlossen hat und zum Zeitpunkt des Übergangs der gesetzlichen Aufgaben handlungsfähig ist.

**Zu Absatz 5**

Redaktionelle Folgeänderung.

**Zu § 217g**

Die Vorschrift verpflichtet die bisherigen Bundesverbände, spätestens bis zum 30. April 2007 einen Errichtungsbeauftragten zu bestellen, der maßgebend den Aufbau des Spitzenverbandes und seiner Organe fördern, gestalten und koordinieren soll. Bleibt eine Bestellung bis zum 30. April 2007 aus, bestellt das Bundesministerium für Gesundheit den Errichtungsbeauftragten. Ist der Vorstand des Spitzenverbandes bis zum 1. Juli 2007 nicht gewählt, nimmt der Errichtungsbeauftragte dessen Funktion umfassend wahr.

Absatz 2 legt fest, dass die Kosten der Errichtung und die Vergütung des Errichtungsbeauftragten vom Spitzenverband Bund getragen werden. Die bisherigen Bundesverbände tragen diese Kostenlast im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen in der jeweiligen Kassenart, solange der Spitzenverband noch nicht handlungsfähig ist.

**Zu Nummer 150 (§ 219a)**

Die Verbindungsstelle erfüllt beim Spitzenverband Bund eine eigenständige und klar abgrenzbare Funktion, die sich von den übrigen Verbandsaufgaben hinsichtlich der Struktur und der operativen Verantwortung grundlegend unterscheidet. Die Aufgaben der Verbindungsstelle unterscheiden sich erheblich von den übrigen Aufgaben des Spitzenverbandes. Sie sind zum einen sehr stark operativ ausgelegt (z. B. Abwicklung von über einer Million Abrechnungsvorgängen pro Jahr einschließlich des Beanstandungsverfahrens). Zum anderen nimmt sie Aufgaben für alle deutschen Sozialversiche-

rungsträger wahr (Koordinierung des grenzüberschreitenden Einzugs von Sozialversicherungsbeiträgen). Zudem schließt die DVKA für den gesamten Bereich der sozialen Sicherheit – einschließlich der Familienleistungen – seit vielen Jahren im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales Vereinbarungen mit den Ministerien anderer Staaten über die anzuwendenden Rechtsvorschriften ab. All dies erfordert eine weitgehende organisatorische Selbstständigkeit, damit die in diesem Geschäft erforderliche Flexibilität und Funktionsfähigkeit der Organisationseinheit, wie sie sich bisher ausgezeichnet und bewährt hat, fortgeführt werden kann. Die Sonderstellung der DVKA gilt auch für den finanziellen Bereich. Damit die Verbindungsstelle ihre Aufgaben unbeschadet der Integration in den Spitzenverband Bund fortwährend erfüllen kann, ist die Fortgeltung des Haushaltsplanes erforderlich.

**Zu Nummer 153 (§ 221)**

Die Änderung wird aufgrund der Erhöhung des für das Jahr 2007 vorgesehenen Bundeszuschusses um 1 Mrd. Euro erforderlich. Im Jahr 2008 wird der Zuschuss des Bundes ebenfalls 2,5 Mrd. Euro betragen. Danach erhöht er sich in Schritten von 1,5 Mrd. Euro jährlich weiter, um dem Ziel des GKV-WSG Rechnung zu tragen, durch einen Ausbau des Steueranteils eine Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV zu erreichen.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds erfolgt die Leistung an diesen.

**Zu Nummer 155 (§ 232a)**

Folgeänderung zur neuen Verbändestruktur ab dem 1. Juli 2008. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 nimmt das Bundesversicherungsamt die Aufgabe des Spitzenverbandes Bund wahr. § 232a wird deshalb in Artikel 2 nochmals geändert.

**Zu Nummer 157 (§ 240 SGB V)****Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Das Inkrafttreten der Beitragsentlastung für gering verdienende hauptberuflich Selbstständige soll nicht bis zum Jahr 2009 aufgeschoben werden. Vor diesem Zeitpunkt liegt die Zuständigkeit für die Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen freiwillig Versicherter noch bei den Einzelkassen, die dementsprechend in ihren Satzungen entsprechende Regelungen zu treffen haben. Der Regelungsgehalt der bisherigen Nummer 157 wird Artikel 2 Nr. 29a1.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Universitäten im Inland eingeschrieben sind, sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V versicherungspflichtig. Sie genießen beitragsrechtlich eine privilegierte Stellung, vgl. § 236 SGB V. Nach bislang geltendem Recht haben Studenten, die an ausländischen Hochschulen eingeschrieben sind, kein Anrecht auf diese Vergünstigung; sie werden als freiwillig Versicherte zum Mindestbeitrag eingestuft. Die immer weiter fortschreitende internationale Verflechtung der Wirtschafts- und Arbeitsbeziehungen und die zunehmende Mobilität der

Studenten macht eine beitragsrechtliche Gleichstellung des letztgenannten Personenkreises mit Studenten an deutschen Hochschulen erforderlich.

#### **Zu Buchstabe b**

Durch die Änderung wird sichergestellt, dass für Personen, die bereits nach geltendem Recht die Anwartschaftsversicherung in Anspruch nehmen können, durch die neue Dreimonatsfrist keine unbeabsichtigten Rechtsverluste eintreten. Gleichzeitig erfolgt eine redaktionelle Klarstellung, dass eine Beitragsermäßigung in jedem Fall nur dann erfolgt, wenn weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen im fraglichen Zeitraum Anspruch auf Leistungen haben.

#### **Zu Nummer 161 (§ 242)**

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass Mitglieder, die aus Anlass der Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages die Krankenkasse wechseln, von der Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages vom Zeitpunkt des Eingangs der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse an ausgenommen werden. Bei rechtzeitiger Ausübung des Sonderkündigungsrechts entsteht also keine Zahlungsverpflichtung bzw. bleibt die Zahlungsverpflichtung in der bisherigen Höhe bestehen. Auf diese Weise wird eine Überforderung insbesondere für Mitglieder mit niedrigerem Einkommen vermieden, ohne dass hierdurch Verwaltungsaufwand in großem Umfang entsteht. Wird die Kündigung nicht gemäß § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V wirksam, wird der Zusatzbeitrag von Anfang an im vollen Umfang erhoben.

#### **Zu Nummer 167 (§ 249)**

Die Änderung beinhaltet eine redaktionelle Klarstellung. Für geringfügige Beschäftigungen gelten die besonderen Beitragsregelungen des § 249b SGB V. Dies gilt gleichermaßen für den Personenkreis der bisher nicht Versicherten, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben und die nunmehr nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig werden.

#### **Zu Nummer 169 (§ 250)**

Die Änderung stellt klar, dass § 249a (Beitragstragung bei Versicherungspflichtigen mit Rentenbezug) auch dann gilt, wenn die Versicherungspflicht des Rentners auf § 5 Abs. 1 Nr. 13 beruht. Versicherungspflichtige mit Rentenbezug und die Rentenversicherung tragen dann die nach der Rente zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Ohne die Änderung müssten Rentner, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind, ihre Beiträge alleine tragen.

#### **Zu Nummer 170 (§ 251)**

Folgeregelung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 161 (§ 242). Da der Zusatzbeitrag nunmehr von Mitgliedern, die von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, nicht erhoben wird, entfällt die Notwendigkeit einer Regelung über die Tragung des Zusatzbeitrages für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die wegen der Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages die Krankenkasse wechseln.

Erforderlich ist jedoch eine Regelung über Tragung und Erstattung des Zusatzbeitrages in den Fällen der nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und 8 versicherten Menschen mit Behinderung. Soweit

das Arbeitsentgelt dieser Personen den maßgeblichen Mindestbetrag (derzeit 490 Euro) nicht übersteigt, folgen die Regelungen über Tragung und Erstattung des Beitrages den für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII geltenden Regelungen.

#### **Zu Nummer 171 (§ 252)**

Folgeänderung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 170. Wegen des Entfallens der Tragung des Zusatzbeitrages für ALG-II-Bezieher durch den Bund bedarf es auch keiner diesbezüglichen Regelung über die Beitragszahlung mehr.

#### **Zu Nummer 173 (§ 255)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Änderung stellt klar, dass der Zusatzbeitrag wie in allen anderen Fällen unmittelbar vom Mitglied an die Krankenkasse zu zahlen ist; es findet kein Quellenabzug statt.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Regelung stellt klar, dass mit Errichtung des Fonds die Beiträge der Rentner von der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht mehr im bisherigen RSA-Verfahren verrechnet werden, sondern an den Gesundheitsfonds zu zahlen sind.

##### **Zu Buchstabe c**

Folgeänderung

#### **Zu Nummer 174 (§ 257)**

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um eine Folgeregelung der Neuregelung zum ermäßigten Beitragssatz in § 243. Mitglieder einer privaten Krankenversicherung, die bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, werden insoweit wie bisher gesetzlich Versicherten ohne Krankengeldanspruch gleichgestellt.

##### **Zu Buchstabe c**

##### **Zu Absatz 2a**

##### **Zum ersten Halbsatz**

Der neue Basistarif wird erst zum 1. Januar 2009 eingeführt. Bis dahin gelten die den Standardtarif betreffenden Vorschriften des § 257 in der bisherigen Fassung weiter.

#### **Zu Nummer 3**

Absatz 2a nennt Voraussetzungen für den Anspruch von Beschäftigten auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers. Da Versicherte im Standardtarif mit Ausnahme der Fälle des § 315 SGB V (Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz) ab dem Jahr 2009 wählen können, ob sie in diesem Tarif bleiben oder in den neuen Basistarif wechseln, ist eine zusätzliche Voraussetzung für den Anspruch auf Beitragszuschuss (und damit die Erteilung der Bescheinigung der Aufsichtsbehörde) in die Vorschrift aufzunehmen, die die Bestandsfälle berücksichtigt, auf die der Standardtarif auch über den 1. Januar 2009 hinaus weiter zur Anwendung kom-

men soll. Die Fortführung des finanziellen Spitzenausgleichs für diese Fälle wird in § 314 Abs. 2 SGB V geregelt.

#### **Zu Nummer 174a (§ 258)**

Redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der Absätze 2b und 2c in § 257 SGB V im Zusammenhang mit den Neuregelungen zur PKV.

#### **Zu Nummer 176 (§ 264)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die einem Wunsch des Bundesrates entsprechende Änderung stellt klar, dass alle Fälle der Krankenhilfe nach dem SGB VIII erfasst werden sollen. Krankenhilfe wird auch nach den §§ 19 und 21 SGB VIII geleistet. Auch in diesen Fällen gilt mit der vorliegenden Änderung der § 264 SGB V.

Mit der Einbeziehung der Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII in § 264 Abs. 2 SGB V wird bestimmt, dass die Krankenkassen die Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen gegen Kostenerstattung durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe übernehmen. Die Kinder und Jugendlichen werden, wie bereits Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII und des Asylbewerberleistungsgesetzes, leistungsrechtlich den in der GKV Versicherten gleichgestellt. Die Hilfeempfänger erhalten eine Krankenversicherungskarte, die nach Ende des Leistungsbezugs vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe wieder einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln ist. Die Aufwendungen der Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung sind vom zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe einschließlich angemessener Verwaltungskosten vierteljährlich zu erstatten. Mit den Änderungen wird also die Erbringung von Krankenhilfeleistungen für Kinder und Jugendliche erleichtert, ohne dass Mehraufwendungen für die GKV entstehen (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 176 (§ 264) im Entwurf des GKV-WSG).

##### **Zu Buchstabe c**

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Behebung eines redaktionellen Fehlers.

#### **Zu Nummer 177a (§ 265a)**

Ziel des durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz neu gefassten § 265a SGB V ist die Sicherstellung einer termingerechten Entschuldung der derzeit noch verschuldeten Krankenkassen, damit bei Einführung der neuen Finanzierungsstruktur der GKV ab dem 1. Januar 2009 alle Krankenkassen schuldenfrei in das neue Wettbewerbssystem starten können. Eine einheitliche Definition des Begriffs der Verschuldung gewährleistet, dass alle bei der Entschuldung Beteiligten von den gleichen Voraussetzungen ausgehen.

Durch die Streichung des Verweises auf § 222 SGB V soll deutlich gemacht werden, dass eine Verschuldung nicht nur bei der Aufnahme von Darlehen vorliegt. Entsprechend dem für alle Krankenkassen verbindlichen Kontenrahmen nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) sind bei der Beurteilung des liquiden Vermögens die Konten zu den Betriebsmitteln, der Rücklage sowie zu den Geldmitteln zur Anschaffung und Erneuerung von Vermögenswerten von

Bedeutung. Bei einem negativen Saldo liegt eine Verschuldung vor. Das nicht liquide Verwaltungsvermögen einer Krankenkasse kann nicht berücksichtigt werden.

#### **Zu Nummer 183 (§ 272)**

Nach der bisherigen Formulierung im Gesetzentwurf kann der Ordnungsgeber in Bezug auf die Umsetzung der Vorgaben des Absatzes 1 nur das Nähere zur Datenerhebung und die Festlegung des Abschlagsverfahrens regeln. Durch die Änderung wird die Regelungsbefugnis des Ordnungsgebers erweitert, um eine Umsetzung der Regelung durch das Bundesversicherungsamt zu erleichtern. Hierfür wird die erforderliche Ermächtigungsgrundlage geschaffen.

#### **Zu Nummer 185 (§ 275)**

Mit der Einfügung der neuen Nummer 4 wird klargestellt, dass auch zukünftig Gutachten der Medizinischen Dienste, die die Krankenkassen im Zusammenhang mit der Unterstützung Versicherter nach § 66 bei möglichen Behandlungsfehlern in Auftrag geben, im Umlageverfahren vergütet werden. Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Leistungen sowohl der Durchsetzung von Ansprüchen im Einzelfall dienen als auch zur Fehlerprophylaxe und damit zur Patientensicherheit beitragen. Die Klarstellung ist wegen der Änderungen der Finanzierungsregelung des Medizinischen Dienstes (MDK) in § 281 erforderlich. Diese Leistungen des MDK wurden bisher allgemein unter § 275 Abs. 4 gefasst und im Umlageverfahren finanziert.

#### **Zu Nummer 190 (§ 282)**

Die Änderung der Rechtsform des Medizinischen Dienstes auf Bundesebene in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts erfordert eine staatliche Aufsicht. Diese wird durch das Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt. Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gilt die Verweisung des § 208 Abs. 2 auf die einschlägigen Vorschriften des SGB IV. Die Unabhängigkeit der Ärzte des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben ist durch den Verweis auf § 275 Abs. 5 gewährleistet.

#### **Zu Nummer 191 (§ 284)**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **Zu Nummer 192 (§ 285)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Änderung entspricht dem bisherigen Gesetzesbefehl und wird redaktionell korrigiert.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Wenn ein Vertrags-(zahn-)arzt ermächtigt wird, Leistungen in einer Zweigpraxis zu erbringen, die in einer fremden Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigung liegt, gestattet die Regelung den beteiligten Kassen-(zahn-)ärztlichen Vereinigungen den Austausch der zur Feststellung der Richtigkeit der Abrechnungen in zeitlicher Hinsicht (vgl. § 106a Abs. 2 SGB V) erforderlichen Daten.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Durch die Änderung ist ein Austausch von Abrechnungsdaten zwischen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für sämtliche vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungserbringer (Ärzte bzw. Zahnärzte in Einzelpraxis, deren Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren) auf Anforderung für Zwecke der Vergütung und Abrechnungsprüfung zulässig. Neben dem bisher in Satz 4 geregelten Fall, der sich lediglich auf diejenigen medizinischen Versorgungszentren bezog, in denen Ärzte und Zahnärzte gemeinsam beschäftigt sind, sollen künftig auch Datenübermittlungen in den Fällen zulässig sein, in denen einzelne Ärzte und Zahnärzte mit doppelter Zulassung oder deren Berufsausübungsgemeinschaften sowohl mit der Kassenärztlichen als auch mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abrechnen.

**Zu Nummer 194 (§ 291)****Zu Buchstabe a**

Die Regelung bezweckt, ein Ruhen des Leistungsanspruchs nach § 16 Abs. 3a SGB V auch gegenüber den Leistungserbringern durch eine entsprechende Dokumentation auf der Chipkarte transparent zu machen, um eine eventuell missbräuchliche Leistungsanspruchnahme zu verhindern.

**Zu Buchstabe c****Zu Doppelbuchstabe aa**

Redaktionelle Anpassung der ursprünglichen Formulierung des Artikels 1 Nr. 194 Buchstabe c.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Redaktionelle Folgeänderung zu der ursprünglich vorgesehenen Neuregelung.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Redaktionelle Änderung aufgrund der veränderten Bezeichnung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz.

**Zu Nummer 195 (§ 291a)****Zu Buchstabe a**

§ 291a Abs. 1a regelt die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch Versicherte von Unternehmen der PKV. Die Änderung bezweckt, auch für die rund 850 000 Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die als betriebliche Sozialeinrichtung der ehemaligen Deutschen Bundespost bzw. der Deutschen Bundesbahn weder eine Krankenkasse im Sinne des SGB V sind noch zu den privaten Krankenversicherungen gehören, eine gesetzliche Grundlage zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu schaffen.

**Zu Buchstabe b**

Die Änderungen stehen im Zusammenhang damit, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die ihm übertragenen Aufgaben nunmehr zum 1. Juli 2008 übernehmen soll. Damit kann auch die Neuregelung der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik in § 291a Abs. 7 Satz 5, wonach die Gesellschaft für Telematik aus dem Haushalt des Spitzenver-

bandes Bund der Krankenkassen zu finanzieren ist, erst zum 1. Juli 2008 in Kraft treten. Die Finanzierungsbeträge sind entsprechend der Zeiträume anzupassen.

**Zu Buchstabe e**

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zum 1. Juli 2008 soll die ursprünglich ab dem Jahr 2008 vorgesehene Regelung für die erste Jahreshälfte 2008 als Konfliktlösung für den Fall des Nichtzustandekommens einer Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Leistungserbringerorganisationen zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik entsprechend Anwendung finden. Da es sich um eine Übergangsvorschrift für die erste Jahreshälfte des Jahres 2008 handelt, tritt die Regelung zum 1. Juli 2008 – mit Inkrafttreten der Neuregelung der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik aus dem Haushalt des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – wieder außer Kraft.

**Zu Buchstabe g****Zu Doppelbuchstabe aa**

Berichtigung einer offensichtlichen redaktionellen Unrichtigkeit.

**Zu Nummer 196 (§ 291b)****Zu Buchstabe a**

Die Änderung stellt klar, dass mit der Zulassung von operativen Betreibern der Telematikinfrastruktur nahtlos an Konzessionsverfahren der Testphase gemäß § 9 Satz 3 der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Oktober 2006 angeknüpft werden kann.

**Zu Buchstabe c**

Redaktionelle Änderung.

**Zu Nummer 198 (§ 295)****Zu Buchstabe d****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die redaktionelle Folgeänderung entspricht dem bisherigen Gesetzesbefehl.

**Zu den Doppelbuchstaben bb und cc**

Zur Bestimmung der Morbidität der Versicherten im Rahmen der Vergütung der Vertragsärzte nutzt der Bewertungsausschuss ein Patientenklassifikationssystem auf der Grundlage der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Wie im DRG-System („Diagnosis Related Groups“) bedarf es auch im ambulanten Bereich Richtlinien zur Dokumentation von Diagnosen. Deshalb wird die Vereinbarung von Kodierrichtlinien durch die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens Mitte 2009 gesetzlich vorgegeben werden. Die Neufassung des Satzes 2 erster Halbsatz stellt dies klar. Mit der Regelung in Satz 2 zweiter Halbsatz wird klargestellt, dass die aufsichtsrechtlichen Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit auch auf die Vereinbarung von Kodierrichtlinien Anwendung finden können. Die Aufhebung der Regelungen in

Satz 3 ist damit begründet, dass derart spezifische Vorgaben nicht notwendig sind.

#### **Zu Nummer 199 (§ 296)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Regelung konkretisiert die von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Prüfungsstellen zu übermittelnden Daten gemäß den weiterentwickelten Anforderungen aus § 106. Anstelle des Wegfalls der Prüfung nach Richtgrößen ist nunmehr verpflichtend anhand von Durchschnittswerten zu prüfen (§ 106 Abs. 2). Des Weiteren werden die in den Bundesmantelverträgen vereinbarten Regelungen zum Datenaustausch, die Datenübermittlungen an die Prüfungsgremien für die Durchführung der regional vereinbarten Prüfungen ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder anderer arztbezogener Prüfungsarten vorsehen (§ 106 Abs. 2 Satz 4 – alt), gesetzlich abgesichert. Die neue Vorgabe von zusätzlichen Angaben zum Arzt, die neben der Arztnummer zu übermitteln sind (Nummer 1), sind für eine ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen sowie auch die Zustellung von Bescheiden an den Arzt notwendig.

##### **Zu Buchstabe b**

Analog zu den Regelungen in Absatz 1 werden auch in Absatz 2 bereits in den Bundesmantelverträgen geregelte Datenübermittlungen für den Fall von vereinbarten Prüfungen ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten gesetzlich abgesichert. Zudem wird in Satz 2 vorgegeben, dass der Prüfungsstelle in den Fällen, in denen der Arzt aufgrund von Schwellenwertüberschreitungen gemäß § 106 Abs. 5a den Krankenkassen einen Mehraufwand erstatten muss, die Versichertennummer zu übermitteln ist. Dies ist darin begründet, dass bei der Feststellung des zu erstattenden Mehraufwands durch die Prüfungsstelle die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten vorgegeben ist. Sofern Praxisbesonderheiten in der Arztpraxis vorliegen, können sie die Überschreitungen der Schwellenwerte rechtfertigen und insoweit den Arzt entlasten. Auf Basis der bisherigen gesetzlichen Datenregelungen konnte die Prüfungsstelle diese gesetzliche Vorgabe nur mit Hilfe der unmittelbaren Angaben des betroffenen Arztes im Prüfungsverfahren selbst erfüllen. Die Regelung entlastet nunmehr den Arzt weitgehend von dieser Verpflichtung und ermöglicht unbürokratische, zügige und sachgerechte Prüfungsentscheidungen.

#### **Zu Nummer 201 (§ 299)**

##### **Zu Absatz 1**

##### **Zu Satz 1**

Mit der Änderung wird klargestellt, dass sich die datenschutzrechtlichen Vorgaben des § 299 zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten auch auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 2 Satz 2 vorgesehenen Datenerhebungen und Verfahren zur Qualitätsprüfung, die im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt, beziehen.

Die geänderte Formulierung der Nummer 2 ist erforderlich, um auch weiterhin wie nach geltendem Recht die Auswer-

tung der im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 136 Abs. 2 Satz 1 erhobenen Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu gewährleisten.

##### **Zu Satz 2**

Redaktionelle Änderung.

##### **Zu Satz 3**

Redaktionelle Änderung.

##### **Zu Satz 4**

Redaktionelle Klarstellung.

#### **Zu Nummer 208 (§ 305)**

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Redaktionelle Folgeänderung.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Regelung verpflichtet Krankenkassen, Versicherte vor ihrer Entscheidung über die Teilnahme an Wahlтарifen umfassend darüber zu informieren, welche Leistungen im Wahlтарif angeboten werden und welche Leistungserbringer an der Versorgung teilnehmen. Der gewünschte Qualitätswettbewerb verlangt eine umfassende Information der Versicherten.

#### **Zu Nummer 209 (§ 305a)**

Durch die Regelung wird erreicht, dass Leistungserbringer und Krankenkassen, die an vertraglichen Versorgungsformen beteiligt sind, Verordnungsdaten für Arzneimittel erhalten. Soweit ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 besteht, erhalten auch die beteiligten Pharmaunternehmen entsprechende Daten, um die Vertragserfüllung zu unterstützen. Beteiligte an vertraglichen Versorgungsformen erhalten arztbezogene Verordnungsdaten über verordnete Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 bestehen, um die Vertragserfüllung zu unterstützen. Die Nutzung der Daten ist auf die Zwecke der vertraglichen Versorgungsformen begrenzt.

Zudem werden differenzierte Aufbereitungen von Arzneimitteldaten für Regionen mit mindestens jeweils 300 000 Einwohnern (dies ist in etwa die durchschnittliche Einwohnerzahl eines Kreises) zugelassen. Daraus ergeben sich insgesamt ca. 300 Regionen. Alternativ wird auch ein regionaler Ausweis für Gruppen von insgesamt mindestens 1 300 Ärzten zugelassen, was der Anzahl von rund 90 Regionen entspricht. Diese Gruppengrößen sind so bemessen, dass keine Datengrundlagen für Prämiensysteme an Pharmaberater bereitgestellt werden können, durch die eine gezielte Förderung von Verordnungszuwächsen bei einzelnen Ärzten belohnt wird.

Die Selbstverwaltung kann weiterhin für ihre gesetzlichen Aufgaben, insbesondere für die Information der Ärzte, die Steuerung der Arzneimittelversorgung und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen Daten mit regionaler Differenzierung aufbereiten bzw. aufbereiten lassen, da diese gesetzlich bestimmten Zwecke der Datenaufbereitung von der Vorschrift nicht berührt werden.

**Zu Nummer 212** (§ 314)

Der Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a SGB V soll bis zum Inkrafttreten des neuen Basistarifs der PKV geöffnet bleiben und dann geschlossen werden. Da der Basistarif erst zum 1. Januar 2009 eingeführt wird, bleibt der Standardtarif daher bis zum 31. Dezember 2008 geöffnet. Da die Versicherungsbedingungen des bisherigen Standardtarifs und des neuen Basistarifs nicht identisch sind, können Versicherte im Standardtarif ab 1. Januar 2009 wählen, ob sie in diesem Tarif bleiben oder in den neuen Basistarif wechseln wollen. In Absatz 2 wird zudem sichergestellt, dass der für den Standardtarif vorgesehene finanzielle Spitzenausgleich auch nach dem 1. Januar 2009 für die in diesem Tarif verbleibenden Versicherten weitergeführt wird. Die Regelung entspricht im Wortlaut dem bisherigen § 257 Abs. 2b SGB V.

**Zu Nummer 213** (§ 315)

Künftig sollen möglichst alle Einwohner in Deutschland über eine Absicherung im Krankheitsfall verfügen. Um dieses Ziel auch bereits vor Inkrafttreten des neuen Basistarifs und der Pflicht zum Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags zum 1. Januar 2009 auf möglichst einfache und unbürokratische Weise zu fördern, sollen Personen ohne Versicherungsschutz, die der PKV zuzuordnen sind, für den Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2008 ein Zugangsrecht zum geltenden Standardtarif erhalten. In diesen Fällen sind im Standardtarif allerdings keine Risikozuschläge erlaubt; es besteht Kontrahierungszwang. Die Bezahlbarkeit der Beiträge wird für diesen Personenkreis gemäß Absatz 2 entsprechend den für den Basistarif vorgesehenen Regelungen sichergestellt.

Da die Regelungen zur Beitragsbegrenzung für den hier einschlägigen Personenkreis von denjenigen des bestehenden Standardtarifs geringfügig abweichen, ist für den existierenden finanziellen Spitzenausgleich eine Sonderregelung erforderlich. Diese soll zudem sicherstellen, dass die bereits in diesem Tarif Versicherten durch die Aufnahme einer neuen Personengruppe nicht zusätzlich belastet werden; Absatz 3 sieht hierfür eine entsprechende Regelung vor.

Der Standardtarif wird insgesamt zum 31. Dezember 2008 geschlossen. Versicherungsverträge im Standardtarif, die gemäß § 315 SGB V abgeschlossen wurden, werden daher nach Absatz 4 zum 1. Januar 2009 als Verträge im Basistarif fortgeführt. Ein besonderes Wahlrecht zwischen Standard- und Basistarif – wie für die Bestandsversicherten im Standardtarif vorgesehen – ist für die hier relevante Personengruppe nicht erforderlich, da sie vor Vertragsabschluss über die für 1. Januar 2009 vorgesehene Überführung in den Basistarif informiert wird.

**Zu Artikel 2** (SGB V)**Zu Nummer 01** (§ 6 SGB V)**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Buchstaben b.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b, die erforderlich geworden ist, weil

die Regelungen zur Einrichtung des Basistarifs in der PKV erst zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

**Zu Nummer 6a** (§ 44)

Der bisherige Regelungsgehalt des Artikels 1 Nr. 30 (§ 44 SGB V) wurde als Folgeregelung zu Artikel 1 Nr. 30 (neu) in Artikel 2 übernommen.

**Zu Nummer 7** (§ 73b Abs. 2)

Artikel 2 Nr. 7 sieht die Streichung der Angabe „und 1c“ in § 73b Abs. 2 SGB V vor. Einer Streichung dieser Angabe bedarf es jedoch nicht, da diese in § 73b Abs. 2 nicht enthalten ist.

**Zu Nummer 8a** (§ 75)**Zu Buchstabe a**

Die Regelung erstreckt die Vorschriften zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen der PKV sowie der diese betreffenden Regelungen zur Vergütung in § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 sowie Absatz 3b und 3c inhaltsgleich auch auf den zum 1. Januar 2009 einzuführenden brancheneinheitlichen Basistarif der PKV.

**Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen.

**Zu den Nummern 11 und 12** (§§ 85a und 85b)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 55. Da die Regelungen in den §§ 85a und 85b zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, werden die Regelungen zukünftig in den neu zu schaffenden §§ 87a bis 87c geregelt. Die in den Nummern 11 und 12 enthaltenen redaktionellen Änderungen aufgrund der Gründung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen werden zukünftig in den neuen Nummern 13a, 13b und 13c geregelt.

**Zu Nummer 13** (§ 87)

Folgeänderung zur Änderung von § 87 Abs. 3b in Artikel 1 Nr. 57 und zur Verschiebung der Gründung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen auf den 1. Juli 2008.

**Zu den Nummern 13a, 13b und 13c** (§§ 87a, 87b und 87c)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 55. Da die Regelungen in den §§ 85a und 85b zeitlich und systematisch auf den Regelungen zu § 87 aufbauen, werden die Regelungen zukünftig in den neu zu schaffenden §§ 87a bis 87c geregelt. Geregelt sind hier die redaktionellen Änderungen infolge der Gründung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

**Zu Nummer 14** (§ 91)**Zu Absatz 2**

Die Professionalisierung und die Stringenz der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses werden durch die Einführung einer in der Regel hauptamtlichen Wahrnehmung der Tätigkeit durch den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums gestärkt. Die Unparteiischen sollen die Arbeit des Beschlussgremiums maßgeblich steuern und die Kontinuität der

Beratung und Beschlussfassung gewährleisten. Durch ihre Hauptamtlichkeit wird die Professionalität der Ausschussarbeit erhöht. Nach Satz 4 zweiter Halbsatz ist ausnahmsweise auch eine ehrenamtliche Ausübung des Amtes eines Unparteiischen im Beschlussgremium zugelassen, wenn die zeitaufwändige Tätigkeit durch eine Freistellung von sonstigen beruflichen Aufgaben ermöglicht ist. Die Stellvertretungsregelung nach den Sätzen 2 und 5 gewährleistet die Fortführung der Arbeit für den Fall, dass Unparteiische z. B. durch Krankheit ausfallen. Dies ist auch deshalb notwendig, weil die einzelnen Unparteiischen nach Satz 7 zugleich den Vorsitz sämtlicher Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses übernehmen. Diese Regelung dient der engeren Verzahnung von Beschlussgremium und Unterausschüssen und fördert den Informationstransfer zwischen den Gremien. Satz 8 stellt klar, dass die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam im Fall der hauptamtlichen Tätigkeit die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden zu schließen haben, da der Gemeinsame Bundesausschuss ansonsten gerichtlich und außergerichtlich immer durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums selbst vertreten wird. Zu den im Rahmen der Dienstvereinbarungen mit den Unparteiischen zu treffenden Regelungen gehört auch die Festlegung der Höhe der Vergütung für deren hauptamtliche Tätigkeit im Gemeinsamen Bundesausschuss.

#### **Zu Absatz 3**

##### **Zu Satz 1**

Folgeänderungen zur Festschreibung der Ehrenamtlichkeit der sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums in Absatz 2 Satz 9. Die Finanzierung der Kosten für die hauptamtlichen Unparteiischen erfolgt als Teil der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses analog § 139c Abs. 1. Die Entschädigung der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss richtet sich nach Absatz 3 Satz 2 (neu) wie bisher nach den Regelungen der Ausschussmitgliederverordnung (AMV). Ein benanntes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss hat danach gegen die entsendende Trägerorganisation – unbeschadet der Bezahlung für dessen Tätigkeit in der Trägerorganisation selbst – einen Erstattungs- und Entschädigungsanspruch nach den in der jeweiligen Trägerorganisation geltenden Grundsätzen (§ 6 AMV).

#### **Zu den Sätzen 2 und 3**

Die im Gesetzentwurf enthaltene Rechtsverordnungsermächtigung zur Regelung von Einzelfragen im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses entfällt. Notwendig zu treffende Regelungen werden stattdessen in die Regelungskompetenz der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses übertragen.

#### **Zu Absatz 4**

##### **Zu Nummer 2**

Folgeänderung zur Streichung der Rechtsverordnungsermächtigung in Absatz 3. Die erforderlichen Regelungen zu Einzelheiten der Übernahme des Vorsitzes der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums

sowie zur Zusammenarbeit der Gremien mit der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses sind zukünftig in der Geschäftsordnung nach Absatz 4 Nr. 2 zu regeln.

#### **Zu Absatz 9**

##### **Zu den Sätzen 1, 3, 4 und 5**

Die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses ist an die Verbandsreform bei den gesetzlichen Krankenkassen geknüpft. Der Spitzenverband Bund, der gemeinsam mit den übrigen in Absatz 1 genannten Organisationen den Gemeinsamen Bundesausschuss bildet, wird erst zum 1. Juli 2008 seine Arbeit aufnehmen; dementsprechend kann auch die Neubildung des Gemeinsamen Bundesausschusses erst ab diesem Zeitpunkt beginnen; die in Absatz 9 genannten Termine werden dementsprechend verschoben.

##### **Zu Nummer 14a0 (§ 106)**

Die vorgesehenen Änderungen des § 106 Abs. 4 waren bisher in Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe f enthalten. Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich ist, um die inhaltlichen Änderungen des § 106, die zum 1. Januar 2008 in Kraft treten, von den Änderungen, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund auf den 1. Juli 2008 erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft treten, zu trennen.

##### **Zu Nummer 19a (§ 132a)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Artikels 1 Nr. 99. Da die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auch künftig Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben haben, ist auch § 132a an die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen anzupassen.

##### **Zu Nummer 27a (§ 173)**

Die Öffnung der See-Krankenkasse für Mitglieder außerhalb der Seeschifffahrt soll erst zum 1. Januar 2009 erfolgen. Wegen der für Seeleute geltenden melderechtlichen Besonderheiten ist für die Öffnung der See-Krankenkasse ein längerer zeitlicher Vorlauf erforderlich, um die erforderlichen Anpassungen der entsprechenden Verfahrensabläufe vorzunehmen.

##### **Zu Nummer 27b (§ 174)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse auf den 1. Januar 2009.

##### **Zu Nummer 29 (§ 221)**

##### **Zu Buchstabe a**

Da die Bundesmittel ab 2009 direkt an den Gesundheitsfonds gezahlt werden, bedarf es der Bestimmung einer zentralen Stelle zur Abrechnung zwischen Krankenkassen und Bundesversicherungsamt nicht mehr; ebenso entfällt die Auszahlung der Bundesmittel an diese Stelle durch das Bundesversicherungsamt.

**Zu Buchstabe b**

Die Rechtsverordnungsermächtigung des bisherigen Absatzes 2 entfällt, da die Bundesmittel ab 2009 direkt an den Gesundheitsfonds gezahlt werden und es keines speziellen Verteilungsverfahrens mehr bedarf.

**Zu Nummer 29a0** (§ 232a)

Folgeänderung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Der bisherige Ausgleichsanspruch der Krankenkassen steht künftig dem Gesundheitsfonds zu. Näheres zum Ausgleichsverfahren regelt nunmehr das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den in der Vorschrift genannten Stellen.

**Zu Nummer 29a1** (§ 240)

Aufgrund des zum 1. April 2007 vorgezogenen Inkrafttretens der Regelung über die Beitragsbemessung geringverdienender hauptberuflich Selbstständiger sind die verbliebenen Änderungen des § 240 SGB V, die im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds stehen, gesondert in Artikel 2 zu regeln. Mit dem Änderungsantrag sind keinerlei inhaltliche Änderungen gegenüber dem GKV-WSG verbunden.

**Zu Nummer 30a** (§ 291a)

Die Änderung ist bereits im Entwurf des GKV-WSG in Artikel 1 Nr. 195 Buchstabe b enthalten. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik. Die Vorschrift tritt zum 1. Juli 2008 mit der Aufgabenübernahme des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der direkten Finanzierung der Gesellschaft für Telematik aus dem Haushalt des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen in Kraft. Infolge einer weiteren Änderung des gleichen Satzes, die bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes in Kraft tritt, ist aus rechtsförmlichen Gründen eine Verschiebung der Änderung nach Artikel 2 notwendig.

**Zu Artikel 2a** (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz)

Diese Vorschrift verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die gesetzliche Verpflichtung zur Finanzierung der fünfjährigen Weiterbildung der Ärzte zu Fachärzten für Allgemeinmedizin (Hausärzte) durch entsprechende Verträge auf Bundesebene umzusetzen; entsprechend der neuen Verbandsstruktur der Krankenkassen tritt deshalb der Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Stelle der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen.

**Zu Artikel 3** (SGB II)**Zu Nummer 1****Zu den Absätzen 2 und 3**

Der neue Absatz 2 betrifft die Krankenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die nicht in der GKV pflichtversichert sind. Soweit diese Personen für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, enthält § 12 Abs. 1c

Satz 5 und 6 VAG die Verpflichtung des Trägers nach dem Zweiten Buch, sich an den Aufwendungen im dort geregelten Umfang zu beteiligen. Aus Gründen der Rechtsklarheit und Anwenderfreundlichkeit verweist Nummer 1 auf diese Regelungen. Soweit Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld in der GKV nicht pflichtversichert, sondern freiwillig versichert sind, soll Nummer 2 regeln, dass die Bundesagentur für Arbeit oder der zugelassene kommunale Träger für die Dauer des Leistungsbezugs den Beitrag übernimmt.

Der neue Absatz 3 betrifft die Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Satz 1 sieht vor, dass die Bundesagentur für Arbeit oder der zugelassene kommunale Träger die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernimmt. Satz 2 soll so genannte Grenzfälle regeln, d. h. Fälle, in denen eine Person allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung hilfebedürftig würde.

**Zu Absatz 4**

Für Bezieher von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch wird der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V im Regelfall nicht übernommen. Diesen Versicherten ist es grundsätzlich zumutbar, die Krankenkasse zu wechseln, wenn ihre bisherige Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht und sie ihn nicht selbst tragen möchten. Durch das Sonderkündigungsrecht in § 175 SGB V ist sichergestellt, dass eine finanzielle Belastung bei einem Kassenwechsel nicht entsteht.

Es kann jedoch Fälle geben, in denen die Ausübung des Sonderkündigungsrechts und der Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse auch Beziehern von Arbeitslosengeld II nicht zugemutet werden kann. Vorstellbar sind Konstellationen, in denen ein Mitglied etwa aufgrund eines speziellen Behandlungsprogramms oder einer besonderen Versorgungsform, die nur seine Kasse anbietet, ein nachvollziehbares Interesse hat, bei dieser zu verbleiben, obwohl sie einen (höheren) Zusatzbeitrag erhebt.

In diesen Fällen ist es sachgerecht, dass der Zusatzbeitrag von dem Bund als Träger des ALG II übernommen wird. Der Sachverhalt liegt insoweit anders als bei Mitgliedern, die aufgrund ihres Einkommens oder Vermögens keinen Anspruch auf ALG II haben. Diese Personen verfügen in der Regel über mehr Autonomie bei der Entscheidung, ob sie die Krankenkasse wegen der erstmaligen Erhebung des Sonderbeitrages oder der Erhöhung des bestehenden Sonderbeitrages verlassen wollen. Sie können die Belastung durch den Zusatzbeitrag abwägen mit ihrer bisherigen Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot und dem Service der Krankenkasse und sodann ihre persönliche, autonome Entscheidung über die Ausübung des Sonderkündigungsrechts treffen. Bezieher von ALG II stehen hingegen unter dem Druck, das Sonderkündigungsrecht aus finanziellen Gründen in allen Fällen auszuüben.

**Zu Nummer 2**

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 3 des Gesetzentwurfs.

**Zu Artikel 5** (SGB IV)**Zu Nummer 1a** (§ 24)

Die Änderung behebt ein redaktionelles Versehen und stellt klar, dass die Verpflichtung zur Zahlung der erhöhten Säumniszuschläge wirkungsgleich auf Versicherte in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung übertragen wird, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen.

**Zu Nummer 7a** (§ 28r)**Zu Buchstabe a**

Mit Bildung des Gesundheitsfonds ziehen die Krankenkassen die Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr für eigene Rechnung, sondern für diesen ein. Die Situation ist insoweit dem Einzug der anderen Sozialversicherungsbeiträge vergleichbar.

Deshalb ist es angemessen, die Einzugsstellen auch im Hinblick auf den Krankenversicherungsbeitrag der Schadensersatzpflicht bei Pflichtverletzung zu unterwerfen.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Schäden durch eine schuldhaftige Verletzung der Prüfpflicht nach § 28l entstehen künftig gegebenenfalls nicht mehr den Krankenkassen, sondern dem Gesundheitsfonds. Dementsprechend muss diesem auch der Schadensersatzanspruch zustehen. Im Rahmen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, die nicht am Gesundheitsfonds beteiligt ist, bleibt es hingegen bei der Haftung gegenüber der Krankenkasse.

**Zu Nummer 7b** (§ 35a)

Damit die Krankenkassen die Möglichkeit haben, die Amtsdauer der Vorstände flexibel zu gestalten, wird die Vorgabe der sechsjährigen Amtszeit durch die Vorgabe einer Höchstzahl ersetzt.

**Zu Artikel 7** (SGB IX)**Zu Nummer 1** (§ 20)

Die Einfügung dient der Klarstellung, dass die trägerübergreifenden Vereinbarungen zu dem einheitlichen, unabhängigen Zertifizierungsverfahren für stationäre Rehabilitationseinrichtungen entsprechend den sonstigen Aufgabenzuweisungen im Neunten Buch Sozialgesetzbuch auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erfolgen sollen.

**Zu Artikel 10** (SGB XII)

Die Einführung einer Pflichtversicherung in der GKV für Nichtversicherte nach dem neuen § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie dem neuen § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte erfordert für nach SGB XII hilfebedürftige Personen eine Sicherstellung der Zahlung von Pflichtbeiträgen. Dazu wird die bestehende Vorschrift in § 32 SGB XII entsprechend erweitert.

Durch § 32 Abs. 1 wird für Pflichtversicherte in der GKV einschließlich der Krankenversicherung der Landwirte die Übernahme der Pflichtbeiträge im Falle von Hilfebedürftig-

keit geregelt. Die Höhe des von der Sozialhilfe im Einzelfall zu übernehmenden Anteils an den Pflichtbeiträgen hängt von der Leistungsfähigkeit des Pflichtversicherten ab. Die Sozialhilfeträger haben die Beiträge von Pflichtversicherten, die nur wegen der Zahlung von Pflichtbeiträgen hilfebedürftig sind, auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse direkt an diese zu zahlen. Dies setzt voraus, dass die Krankenkasse nachweist, dass die Pflichtversicherten ihrer Verpflichtung zur Beitragszahlung nicht oder nicht in vollem Umfang nachkommen und damit auch Beitragszuschüsse der Sozialhilfe nicht zweckentsprechend verwenden. Sofern die Pflichtversicherten aus eigenen Mitteln zumutbar einen Teil des Beitrages zu tragen haben, sind sie verpflichtet, diesen Beitragsanteil dem Sozialhilfeträger zu erstatten. Im Übrigen entspricht der Inhalt dem bisherigen Absatz 1 von § 32 SGB XII.

Die Übernahme von freiwilligen Beiträgen in der GKV in Absatz 2 entspricht dem geltenden Recht. Dies gilt auch für die Übernahme des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung nach Absatz 3.

Durch Absatz 4 wird die Übernahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrages für Krankenversicherte nach dem SGB V (§ 242 SGB V) durch die Sozialhilfe eingeführt, den die gesetzlichen Krankenkassen ab 1. Januar 2009 erheben können.

In Absatz 5 wird die Übernahme von Aufwendungen für nach dem SGB XII leistungsberechtigte Personen zusammengefasst, die eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben. Voraussetzungen und Umfang der Übernahme, die ebenso wie bei Versicherten in der GKV auch Aufwendungen für eine Pflegeversicherung umfasst, orientieren sich am geltenden Recht. Im Unterschied dazu sind allerdings angemessene Aufwendungen für eine private Krankenversicherung zu übernehmen, während bei kurzzeitiger Hilfebedürftigkeit höhere Aufwendungen übernommen werden können. Dies bedeutet in letzterem Fall, dass zumindest die Aufwendungen in angemessener Höhe zu übernehmen sind. Hierdurch soll ermöglicht werden, dass kurzfristige Hilfebedürftigkeit nicht zwangsläufig den Umfang eines bestehenden Krankenversicherungsschutzes tangiert.

**Zu Artikel 11** (Reichsversicherungsordnung)

Die zeitliche Begrenzung des Anspruchs auf sechs Tage nach der Entbindung wurde seinerzeit eingeführt, um bei einer tagesbezogenen Vergütung den Anreizen zu einer längeren Verweildauer im Krankenhaus entgegenzuwirken. Mit der Einführung der Fallpauschalen-Vergütung für Geburten im Jahr 1995 wurde eine Vergütungsform eingeführt, die grundsätzlich unabhängig von der Verweildauer ist und somit keinen Anreiz zu längeren Verweildauern mehr enthält. Das Krankenhaus achtet bereits im Eigeninteresse auf möglichst kurze Verweildauern. Deshalb kann die zeitliche Befristung in § 197 gestrichen werden.

Die Regelung führte in der Vergangenheit zudem zu Schwierigkeiten in Fällen, in denen gesunde Neugeborene noch im Krankenhaus verbleiben mussten, weil die Mutter nach der Entbindung noch behandlungsbedürftig war und noch nicht entlassen werden konnte. Soweit die Grenzverweildauer der Fallpauschale für das Neugeborene überschritten wird, muss eine sachgerechte Vergütung für die weitere Versorgung des Neugeborenen in Form der Abrechnung zusätzlicher Tagesätze nach den Vorgaben des DRG-Fallpauschalenkatalogs

möglich sein (Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer). Die Abrechnung dieser Entgelte wurde bisher unter Hinweis auf die Sechstagesfrist in § 197 von einigen Krankenkassen in Frage gestellt. Auch die zum Teil stattdessen angebotene Abrechnung des Entgelts für die Mitaufnahme einer Begleitperson kann kein Ersatz für eine sachgerechte Vergütung der Neugeborenenversorgung sein. Die Streichung der Frist ermöglicht eine unstrittige Vergütung entsprechend der Systematik des DRG-Fallpauschalensystems. Eine Ausweitung der Verweildauer im Krankenhaus und eine relevante Ausgabenerhöhung für die gesetzliche Krankenversicherung sind nicht zu erwarten.

### **Zu Artikel 12 (KSVG)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 10)**

##### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung zu den Änderungen zum allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V) und der Aufhebung des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V (alt).

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Zum 1. Januar 2009 wird § 241 SGB V dahingehend geändert, dass der allgemeine Verweis auf abweichende Regelungen (§ 241 Satz 2 SGB V) aufgehoben wird. Auf diese Weise wird nicht mehr auf den ermäßigten Beitragssatz (§ 243 SGB V) verwiesen. Die Vorschrift des § 243 SGB V ist daher ausdrücklich in Bezug zu nehmen.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Folgeänderung der Änderungen des § 241 SGB V und der Aufhebung des § 241a SGB V (alt).

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Folgeänderung der Änderungen zu § 243 SGB V.

##### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Folgeregelung zur Aufhebung der Absätze 2b und 2c durch Artikel 1 Nr. 174d GKV-WSG (§ 257 SGB V). Eine Bezugnahme auf diese Vorschriften ist danach nicht mehr möglich.

#### **Zu Nummer 2 (§ 16)**

##### **Zu Buchstabe a**

Notwendige Folgeänderung, die sich aus dem Wegfall des § 241a SGB V ergibt. Durch die neue Formulierung wird die bisherige Bezugnahme auf den bisherigen § 241a SGB V gestrichen und gleichzeitig klargestellt, dass der Versicherte auch den ehemals in § 241a SGB V geregelten zusätzlichen Beitrag von 0,9 Prozent Beitragssatz zu tragen hat. Letztes dient dazu, eine Besserstellung der nach dem KSVG Versicherungspflichtigen gegenüber anderen Versicherten zu vermeiden. Die Einbeziehung des ermäßigten Beitragssatzes gemäß § 243 SGB V trägt der zum 1. Januar 2009 in Kraft tretenden Änderung des § 241 SGB V Rechnung, mit der der allgemeine Verweis auf abweichende Regelungen (§ 241 Satz 2 SGB V) aufgehoben wird.

##### **Zu Buchstabe b**

Als Folge des Wegfalls des erhöhten Beitragssatzes (§ 242 SGB V – alt), wäre Satz 2 wegen des darin enthaltenen Verweises auf § 242 SGB V aufzuheben gewesen. Da jedoch die Aufhebung des § 241 Abs. 1 SGB V zum 1. Januar 2009 und der damit verbundene Wegfall des Verweises auf die Regelung des § 243 SGB V (ermäßigter Beitragssatz) eine ausdrückliche Regelung zum ermäßigten Beitragssatz notwendig macht, wurde diese Regelung anstelle des ursprünglich aufzuhebenden Satzes aufgenommen.

##### **Zu Buchstabe c**

Klarstellung, dass der Versicherte bei Inanspruchnahme eines Wahltarifes nach § 53 SGB V die dafür erhobenen Zahlungen selbst zu tragen und an die Krankenkasse – statt bisher an die Künstlersozialversicherung – zu zahlen hat.

### **Zu Artikel 14 (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 23)**

Redaktionelle Anpassung an Artikel 11 (Änderung von § 196 RVO).

#### **Zu Nummer 2**

Folgeänderung zur Änderung in Artikel 11.

### **Zu Artikel 15 (KVLG 1989)**

#### **Zu Nummer 2 (§ 2)**

Redaktionelle Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nummer 2 Buchstabe c).

#### **Zu Nummer 4a (§ 4)**

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nr. 174 und 212 (§§ 257, 314 SGB V).

#### **Zu Nummer 6 (§ 8)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Regelung entspricht inhaltlich jener in Artikel 1 Nr. 9a (§ 16 SGB V); es sollen damit Zweifel ausgeschlossen werden, ob von dieser Vorschrift auch Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenversicherung erfasst werden.

##### **Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Berichtigung und Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nummer 33 Buchstabe b).

#### **Zu Nummer 6a (§ 12)**

Ergänzung der Vorschriften für die versicherungspflichtigen Empfänger von ALG I um eine Bestimmung für den Anspruch auf Krankengeld.

#### **Zu Nummer 9 (§ 17)**

Die Streichung des bisherigen Buchstaben a (alt) ist erforderlich, weil die Regelungen zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht anwendbar sein sollen.

**Zu Nummer 15** (§ 24)**Zu Nummer 8**

Da die Verweisung auf § 190 Abs. 3 SGB V Anlass zu Zweifeln gegeben hat, wird das Gewollte klargestellt.

**Zu Nummer 9**

Redaktionelle Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nummer 138 Buchstabe b).

**Zu Nummer 20** (§ 39)

Redaktionelle Berichtigung.

**Zu Nummer 27** (§ 47)

Redaktionelle Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nummer 169 Buchstabe b).

**Zu Nummer 30a** (§ 51a)

Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nummer 176).

**Zu Artikel 16** (KVLG 1989)**Zu Nummer 01** (§ 8)

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 33 (§ 53 Abs. 7 SGB V).

**Zu Nummer 3** (§ 34)

Es wird klargestellt, dass der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen alle Aufgaben übernimmt, die vom Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen bis zum Tag vor dem Inkrafttreten der Regelung wahrgenommen wurden und die nicht Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind. Mit der Übernahme der Aufgaben tritt der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen auch in die übrigen Rechte und Pflichten des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen ein, beispielsweise hinsichtlich der Beschäftigten.

**Zu Artikel 17** (ALG)

Die Nummer 1 entspricht den im Gesetzentwurf bereits vorgesehenen Änderungen von § 35a des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte.

Mit der neuen Nummer 2 werden die im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erforderlichen Folgeregelungen zur Auflösung des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen und zur Übertragung der Aufgaben (die bisher vom Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen wahrgenommen wurden) auf den Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen getroffen.

**Zu Artikel 18** (KHG)**Zu Nummer 3a** (§ 17a)

Die für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (§ 17b Abs. 2 KHG) haben sich bisher nicht auf die gesetzlich vorgesehenen, ausbildungsstättenübergreifenden Richtwerte zur Finanzierung der Ausbildungsstätten einigen können. Auch eine Verbesserung der Datengrundlage für die erforderlichen Kalkulationen durch

das DRG-Institut wurde nicht vereinbart. Mit dem Ziel, die Finanzierung der Ausbildungsstätten und insbesondere der Mehrkosten infolge des Krankenpflegegesetzes sicherzustellen, werden folgende Änderungen vorgenommen:

Nummer 3a Buchstabe a fasst Absatz 2 neu. Es wird bestimmt, dass die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene Rahmenvereinbarungen für die Finanzierung treffen sollen, die bei der krankenhausindividuellen Vereinbarung zu berücksichtigen sind. Zielsetzung ist es, durch Einigungen auf der Bundesebene Meinungs- und Interessenunterschiede auf der Ebene der örtlichen Verhandlungen zu minimieren. Mit entsprechender Zielsetzung sollen ergänzende Vereinbarungen auf der Landesebene getroffen werden, die die unterschiedliche finanzielle und rechtliche Situation im jeweiligen Land berücksichtigen. Bei Nichteinigung entscheidet jeweils die Schiedsstelle.

Mit der Neufassung der Sätze 5 bis 9 des Absatzes 3 durch Buchstabe b werden die gesetzlichen Regelungen an die inzwischen entstandene Situation angepasst. Da Richtwerte derzeit nicht vereinbart sind und somit bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets nicht berücksichtigt werden können, wird der Fristbeginn für die schrittweise Angleichung der heute unterschiedlichen Finanzierungsbeträge auf das Jahr 2010 verschoben. Bis dahin werden die Ausbildungsbudgets und damit die Umsetzung der Mehrkosten infolge des Krankenpflegegesetzes ausschließlich krankenhausindividuell verhandelt. Ab dem Jahr 2010 ist eine Angleichung der Finanzierung anzustreben. Auf die bisher vorgegebene strenge Konvergenz innerhalb einer bestimmten Frist und eine Finanzierung durch Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 wird verzichtet. Die Vorgaben der neuen Sätze 7 und 8 entsprechen den Regelungen in den bisherigen Sätzen 7 und 9.

Buchstabe c fügt einen neuen Absatz 4b ein, der weitgehend den Regelungen des bisherigen Absatzes 2 entspricht. Satz 1 ändert jedoch die Schwerpunkte des Einsatzes von Richtwerten. Sie sind nicht mehr primäres Entgelt für eine Ausbildungsleistung, sondern dienen in den nächsten Jahren als Richtwert für die Angleichung der heute unterschiedlich hohen Ausbildungsbudgets. Satz 2 konkretisiert den Auftrag an die Selbstverwaltungspartner. Sie sollen das Verfahren zur Schaffung von Transparenz und zur Kalkulation von Richtwerten voranbringen und dabei neben den Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auch eine Kalkulation anhand von Kalkulationsdaten aus freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern und Ausbildungsstätten aufbauen und nutzen.

**Zu Nummer 4** (§ 17b)**Zu Buchstabe a****Zu den Doppelbuchstaben aa und cc**

Redaktionelle Änderungen infolge der Änderung des § 17a KHG durch Artikel 18 Nr. 3a (neu).

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Änderung des § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ist eine rechtsförmliche Präzisierung zur bereits bestehenden Regelungskompetenz der Länder: Die Landesregierungen können zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von stationären Leistungen, die auf-

grund eines geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar ist, Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags festlegen (bisher: Kompetenz der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde statt der Landesregierung). Die Landesregierung kann die Befugnis im Wege der Subdelegation auf eine oberste Landesbehörde übertragen.

#### **Zu den Buchstaben c und d**

Redaktionelle Änderungen infolge der Änderung des § 17a KHG durch Artikel 18 Nr. 3a (neu).

#### **Zu Artikel 19 (KHEntgG)**

##### **Zu den Nummern 1, 4 und 7 (§§ 4 und 10)**

Die Vorschriften in § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und § 10 Abs. 5 Satz 1 KHEntgG ermöglichen eine Erhöhung der Krankenhausbudgets in den neuen Bundesländern für den Fall einer weiteren Ost-West-Angleichung des Bundes-Angestelltentarifs (BAT). Der BAT wurde inzwischen durch andere Tarifwerke abgelöst. Die bisherigen Verweise auf den BAT werden durch den Verweis auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) ersetzt. Dieser gilt – wie bisher der BAT – als einheitlicher Maßstab für alle Krankenhäuser unabhängig davon, welche Tarife im einzelnen Krankenhaus angewendet werden.

Die in § 4 Abs. 4 KHEntgG vorgeschriebene Veränderung des einzelnen Krankenhausbudgets infolge von Leistungsveränderungen darf nur bei echten Mehrleistungen erfolgen. Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen darf deshalb insoweit nicht berücksichtigt werden, als sie auf eine veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zurückzuführen ist. Mit der Änderung in § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG (Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) wird deshalb sichergestellt, dass eine verbesserte Kodierung nicht zu Budgeterhöhungen der Krankenhäuser und damit Mehrausgaben für die Kostenträger führt. Die Ergänzung ist zur Vermeidung unberechtigter Mehrausgaben erforderlich, da in einzelnen Schiedsstellenentscheidungen dem Grundsatz nicht Rechnung getragen wurde, dass eine verbesserte Kodierung der Leistungen nicht zu Mehrausgaben führen darf und zu neutralisieren ist.

Nummer 1 Buchstabe b vermindert im Rahmen des Solidarbeitrages der Krankenhäuser den Ausgleich von Mindererlösen. Die Vorgabe entspricht der bisherigen Regelung in Nummer 1.

Nummer 4 Buchstabe a entspricht der Zielsetzung der bisherigen Vorgabe in Artikel 19 Nr. 4. Diese wird aus Gründen der Klarstellung nicht mehr in Satz 2 eingefügt, sondern als gesonderter Satz 3 vorgegeben. Damit unterliegt die Erhöhung des Landes-Basisfallwerts über die Veränderungsrate nach § 71 SGB V hinaus nicht mehr der Einschränkung des Satzes 2, dass sie „lediglich technisch bedingt“ sein darf.

Nummer 7 nimmt in der Verhandlungsunterlage für die Budgetvereinbarung des einzelnen Krankenhauses (AEB) eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1 Buchstabe a vor, mit der auch dort die geänderte Tarifbezeichnung eingeführt wird.

#### **Zu Nummer 2 (§ 8)**

Der Anteil des Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser, der über einen Abschlag von der Krankenhausrechnung erbracht wird, wird von 0,7 auf 0,5 Prozent vermindert. Der Rechnungsabschlag gilt für alle Krankenhäuser, die dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen, also auch für besondere Einrichtungen und Leistungen, für die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankhausindividuelle Entgelte vereinbart werden. Bei psychiatrischen Krankenhäusern entfällt der Rechnungsabschlag vollständig; vgl. die Änderung zu Artikel 20 Nr. 3.

#### **Zu Nummer 6 (§ 21)**

##### **Zu Buchstabe a**

Aufgrund unterschiedlicher Auslegungen in der Praxis über den möglichen Umfang der Auswertungen von Daten nach § 21 KHEntgG, die das Bundesministerium für Gesundheit anfordern kann, wird mit Doppelbuchstabe bb eine Klarstellung vorgenommen. Wie bereits in der amtlichen Begründung ausgeführt, kann das Ministerium Auswertungen „für seine Belange“ – also nicht nur für die Weiterentwicklung des DRG-Systems – anfordern. Darüber hinaus kann es nach Satz 6 Auswertungen auf Empfehlung der Länder anfordern. Auf die scharfe Sanktion der Einführung einer gesonderten Bußgeldvorschrift wird mit Blick auf die Unzulässigkeit einer zweckwidrigen Verwendung der Daten nach § 21 KHEntgG verzichtet. Beispielsweise kann die unzulässige Verwendung von Daten zu einer Abmahnung des Arbeitgebers oder zu einem Schadensersatzanspruch eines Dritten führen.

Mit dem neuen Doppelbuchstaben cc wird klargestellt, dass die in § 17b Abs. 8 KHG vorgesehene Nutzung und Verarbeitung von Daten nach § 21 KHEntgG für Zwecke der Begleitforschung zulässig sind.

#### **Zu Artikel 20 (§ 6 BpflV)**

##### **Zu Nummer 1a (§ 6)**

§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 ermöglicht eine Erhöhung der Krankenhausbudgets in den neuen Bundesländern für den Fall einer weiteren Ost-West-Angleichung des Bundes-Angestelltentarifs (BAT). § 6 Abs. 2 Satz 1 ermöglicht insbesondere in psychiatrischen Krankenhäusern eine teilweise Berücksichtigung von Gehaltserhöhungen nach dem BAT (lineare Erhöhung der Gehälter und Einmalzahlungen), wenn diese die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Grundsatz der Beitragsatzstabilität) übersteigt. Der BAT wurde inzwischen durch andere Tarifwerke abgelöst. Nummer 1a Buchstabe a und b ersetzen den bisherigen Verweis auf den BAT durch den Verweis auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD). Dieser gilt – wie bisher der BAT – als einheitlicher Maßstab für alle Krankenhäuser unabhängig davon, welche Tarife im einzelnen Krankenhaus angewendet werden.

##### **Zu Nummer 3 (§ 14)**

Angesichts der besonderen Situation der Psychiatrie, bei der die Personalkostenintensität besonders hoch ist, wird auf den im Rahmen des Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser bisher vorgesehenen Rechnungsabschlag in Höhe von 0,7 Prozent vollständig verzichtet. Der Rechnungsabschlag entfällt demnach für psychiatrische Einrichtungen und Einrichtun-

gen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen. Bei somatischen Krankenhäusern wird der Rechnungsabschluss von 0,7 auf 0,5 Prozent verringert; vgl. die Änderung zu Artikel 19 Nr. 2.

#### **Zu Artikel 21 Nr. 6a** (§ 16 Ärzte-ZV)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 100 Abs. 1 Satz 1 in Artikel 1 Nr. 67: Künftig sollen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nicht erst bei unmittelbar drohender Unterversorgung, sondern bereits bei in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung einen „Unterversorgungsbeschluss“ fassen können.

#### **Zu Artikel 22** (Zahnärzte-ZV)

##### **Zu Nummer 7** (§ 16)

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 100 Abs. 1 Satz 1 in Artikel 1 Nr. 67: Künftig sollen die Landesausschüsse der Zahnärzte und Krankenkassen nicht erst bei unmittelbar drohender Unterversorgung, sondern bereits bei in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung einen „Unterversorgungsbeschluss“ fassen können.

##### **Zu Buchstabe b**

Der Gesetzesbefehl übernimmt den bisherigen Gesetzesbefehl des Artikels 22 Nr. 7.

##### **Zu Nummer 9a** (§ 20 Abs. 1)

Entsprechend der in Artikel 21 Nr. 7 bereits für Vertragsärzte vorgesehenen Ergänzung des § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV ist auch in § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte klarzustellen, dass die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes im Rahmen eines Einzelvertrags nach § 73c SGB V oder eines integrierten Versorgungsvertrags nach § 140b SGB V der sich nach § 20 Abs. 1 Satz 1 ergebenden Pflicht des Vertragszahnarztes, in vollem Umfang für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung zu stehen, nicht entgegensteht. Maßgeblich ist auch insoweit, dass der Vertragszahnarzt auch bei einer Tätigkeit im Rahmen der genannten Verträge für die ambulante Versorgung der Versicherten persönlich zur Verfügung steht.

#### **Zu Artikel 23** (AMV)

##### **Zu Nummer 1** (§ 1 Satz 2)

Folgeänderung einer Änderung bei der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

##### **Zu Nummer 2** (alt) (§ 6 Satz 1)

Folgeänderung einer Änderung der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die von den Trägerorganisationen bestellten Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses üben ihre Tätigkeit nicht hauptamtlich aus.

#### **Zu den Nummern 4a und 4b** (§§ 9, 10)

Folgeänderung einer Änderung bei der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses und die weiteren Unparteiischen erhalten zukünftig, sofern sie ihre Tätigkeit hauptamtlich ausüben, eine Vergütung; sie werden deshalb von der Erstattungs- und Entschädigungsregelung sowie von der Regelung über die pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen ausgenommen.

##### **Zu Nummer 5** (§ 11 Abs. 1)

Folgeänderung einer Änderung bei der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Bestimmung ist wortgleich mit Buchstabe b des Gesetzentwurfs; Buchstabe a des Gesetzentwurfs ist entfallen, da die von den Trägerorganisationen bestellten Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht hauptamtlich werden.

#### **Zu Artikel 25 Nr. 2** (§ 1 Abs. 1 WiPrüfVO)

Die vorgesehene Änderung des § 1 Abs. 1 Satz 3 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten. An dieser Stelle gestrichen wird die als Folge der neuen Organisationsstruktur der Verbände erforderliche Änderung. Diese findet sich nunmehr in Artikel 25a (neu). Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich ist, um die inhaltliche Änderung des § 1 Abs. 1 Satz 3, die zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt, von der Änderung, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund auf den 1. Juli 2008 erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt, zu trennen.

#### **Zu Artikel 25a** (§ 1 Abs. 1 WiPrüfVO)

Die vorgesehene Änderung des § 1 Abs. 1 Satz 3 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung war bisher in Artikel 25 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc enthalten. Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich ist, um die inhaltliche Änderung des § 1 Abs. 1 Satz 3, die zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt, von der Änderung, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund auf den 1. Juli 2008 erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt, zu trennen.

#### **Zu Artikel 30 Nr. 5** (§ 78 Abs. 3 AMG)

Die beabsichtigte Umstellung auf ein Höchstpreissystem entfällt. Es bleibt bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel. Klarstellung der geltenden Rechtslage und des geltenden Rabattverbots aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG). Ein einheitlicher Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ist für alle Arzneimittel zu gewährleisten, soweit für diese verbindliche Preise und Preisspannen durch die Arzneimittelpreisverordnung bestimmt sind. Erst hierdurch ergibt sich in Verbindung mit den Handelszuschlägen, die in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegt sind, ein einheitlicher, bei der Abgabe verbindlicher Apothekenabgabepreis. Pharmazeutische Unternehmer dürfen Rabatte auf ihren Abgabepreis nur an die Kostenträger gewähren, nicht aber an die Handelsstufen. Diese Verpflichtung des pharmazeutischen Unternehmers

gilt nur für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel, die der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bleiben wie bereits seit 2004 von der Preisbindung ausgenommen. Ebenso bleibt es bei dem Grundsatz, dass für die Abrechnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mit der GKV ein einheitlicher Apothekenabgabepreis gilt. Zur Ermittlung dieses Apothekenabgabepreises bleibt der pharmazeutische Unternehmer wie bisher verpflichtet, einen einheitlichen Abgabepreis anzugeben, an den er nicht in jedem Einzelfall gebunden ist, sondern hiervon wie bisher bei Abrechnung mit Großhändlern oder Apotheken im Einzelfall abweichen kann. Damit wird klargestellt, dass die Rechtslage für die pharmazeutischen Unternehmer bezüglich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel unverändert bleibt.

### Zu Artikel 32

Folgeänderung und redaktionelle Folgeänderungen zur Streichung der beabsichtigten Umstellung auf ein Höchstpreissystem. Es bleibt bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel.

### Zu Artikel 41 (AAG)

#### Zu Nummer 3

#### Zu Buchstabe a

Der Erstattungssatz nach § 1 Abs. 1 AAG (Umlageverfahren U1) beträgt 80 Prozent des an den erkrankten Arbeitnehmer fortgezahlten Arbeitsentgelts.

§ 9 Abs. 2 Nr. 1 AAG sah bisher vor, dass die Krankenkassen die Höhe der Erstattung im Bereich des Umlageverfahrens U1 beschränken können. In der Praxis führte dies dazu, dass die Krankenkassen mehrere Erstattungssätze unterschiedlicher Höhe angeboten haben, um den unterschiedlichen Interessen der Arbeitgeber Rechnung zu tragen. Teilweise wurden aber auch Erstattungssätze in Höhe von 10 Prozent angeboten. Dies stand mit dem Grundgedanken des Gesetzes, der Absicherung des Entgeltfortzahlungsrisikos, nicht in Einklang.

Mit einer Entscheidung vom 18. Juli 2006 (Az.: B 1 A 2/05 R) hat das Bundessozialgericht derart niedrige Erstattungssätze für rechtswidrig erklärt. Gleichzeitig stellte es fest, dass jede Krankenkasse nur einen einzigen Erstattungssatz anbieten dürfe.

Die Änderung vollzieht die Entscheidung des Bundessozialgerichts teilweise nach, indem sie verhindert, dass Krankenkassen Erstattungssätze anbieten, die dem Gesetzeszweck nicht gerecht werden, weil der Arbeitgeber bei Eintritt des Entgeltfortzahlungsrisikos keine nennenswerte Entlastung mehr erfährt und der solidarische Ausgleich zwischen den Arbeitgebern nicht mehr erreicht wird.

Jedoch sollen Arbeitgeber, die durch eigene Anstrengungen für ein gesundheitsförderndes Betriebsklima und damit für einen niedrigen Krankenstand sorgen, ihre finanzielle Belastung durch die Umlagepflicht in Maßen reduzieren können. Eine Untergrenze von 40 Prozent sorgt in dieser Hinsicht für einen gerechten Ausgleich der unterschiedlichen Anliegen. Den Krankenkassen wird zugleich ermöglicht, weiterhin verschiedene Erstattungssätze unterhalb der Höchsterstattung von 80 Prozent vorzusehen. Die in dieser Hinsicht prakti-

schen Bedürfnissen nicht gerecht werdende Entscheidung des Bundessozialgerichts wird insoweit korrigiert.

#### Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung. Die Regelung betrifft einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum und ist somit entbehrlich geworden.

### Zu Artikel 43 (VVG)

#### Zu Nummer 01 (§ 178a)

#### Zu Absatz 5

Mit der Regelung in Absatz 5 wird – nach dem Vorbild der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Elften Buch Sozialgesetzbuch – für die private Krankenversicherung eine Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankheitskostenversicherungsvertrags eingeführt. Mit dieser Pflicht soll bei bestehendem Kontrahierungszwang im Basistarif seitens des Versicherers vermieden werden, dass sich Personen nicht oder verspätet gegen Krankheit versichern und dadurch zu einem Kostenrisiko für die Allgemeinheit oder die Solidargemeinschaft der Versicherten werden. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen das gesetzgeberische Gesamtkonzept einer möglichst alle Personen umfassenden Absicherung gegen Krankheitskosten bestehen nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat u. a. in seiner Entscheidung vom 3. April 2001, Az: 1 BvR 2014/95 (BVerfGE 103, 197 ff.) zur umfassenden Einführung der sozialen und privaten Pflegeversicherung entschieden, dass die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG auch dann besteht, wenn in privatrechtliche Versicherungen Regelungen des sozialen Ausgleichs aufgenommen werden oder wenn das Zustandekommen eines Versicherungsvertrags auf einer Pflicht zur Versicherung oder den Versicherungsunternehmern auferlegtem Kontrahierungszwang beruht. Auch mit den Grundrechten ist eine Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages vereinbar. Eine solche Pflicht greift zwar in die durch Artikel 2 Abs. 1 GG geschützte allgemeine Handlungsfreiheit ein. Mit dem Kontrahierungszwang (siehe Absatz 7) wird gleichzeitig eine Regelung der Berufsausübung im Sinne des Artikels 12 Abs. 1 Satz 2 GG getroffen. Voraussetzung der Zulässigkeit der Versicherungspflicht und des Kontrahierungszwangs ist damit die Verhältnismäßigkeit der Regelungen. Diese ist gegeben. Ziel des Gesetzgebungsvorhabens ist es, einen Versicherungsschutz für alle in Deutschland lebenden Menschen zu bezahlbaren Konditionen herzustellen. Niemand soll ohne Versicherungsschutz und damit im Bedarfsfall nicht ausreichend versorgt oder auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen angewiesen sein. Außerdem soll verhindert werden, dass sich jemand erst dann versichert, wenn er bereits erkrankt ist, und damit die Versichertengemeinschaft übermäßig belastet. Die Einführung einer Verpflichtung zum Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrags ist geeignet, dieses Ziel zu erreichen. Ohne Einführung einer solchen Pflicht wird es weiterhin Menschen geben, die sich nicht gegen Krankheit versichern. Es ist auch davon auszugehen, dass annähernd alle Menschen auf einen Versicherungsschutz angewiesen sind, wenn sie keine staatlichen steuerfinanzierten Leistungen in Anspruch nehmen oder auf erforderliche ärztliche Behandlungen verzichten wollen. Die Kosten für aufwändige Heilbehandlungen kön-

nen so hoch sein, dass auch vermögende Menschen sie nicht mehr aufbringen können. Zwar wird es Einzelne geben, die aufgrund ihres sehr hohen Einkommens und/oder Vermögens auf den Versicherungsschutz tatsächlich nicht angewiesen sind. Der Gesetzgeber darf insoweit aber generalisieren. Er kann und muss nicht jeden Einzelfall berücksichtigen. Sich gegen das Krankheitskostenrisiko abzusichern, ist allen Einwohnern – auch den sehr wohlhabenden – zumutbar. Je höher das Einkommen oder das Vermögen ist, umso geringer ist die mit der Versicherung verbundene finanzielle Belastung. Zudem erhält der Versicherte eine Gegenleistung von bedeutendem Wert, nämlich eine Versicherung gegen krankheitsbedingte Kosten. Erst recht kann den weniger Wohlhabenden zugemutet werden, sich gegen das Risiko Krankheit zu versichern. Denn sie sind gerade auf den Versicherungsschutz besonders angewiesen. Durch die Regelungen zur Beitragsbegrenzung in § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist zudem sichergestellt, dass niemand durch die Verpflichtung zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Krankheitskostenversicherungsvertrags unverhältnismäßig belastet wird. Auch die Möglichkeit, durch tarifliche Selbstbehalte und sonstige Selbstbeteiligungen bis zu einer betragsmäßigen Auswirkung von 5 000 Euro jährlich die Versicherungsprämie niedrig zu halten, begrenzt die finanzielle Belastung. Für diejenigen, die die Beiträge des Basistarifs nicht zahlen können, wird die Zahlungspflicht zudem abgemildert. So wird der zu zahlende Beitrag zunächst halbiert. Reicht auch das nicht aus, um das Existenzminimum nach Zahlung des Beitrages zu sichern, erhält der Versicherte einen Zuschuss aus Steuermitteln. Auch den Versicherungsunternehmen kann die Einführung des Kontrahierungszwangs im Basistarif zugemutet werden. Zwar tragen die Versicherungsunternehmen ein gewisses Ausfallrisiko, wenn sie einen Versicherungsvertrag mit jeder dem Bereich der PKV zuzuordnenden Person abschließen müssen. Dieses Ausfallrisiko wird aber durch mehrere Regelungen abgemildert. Dazu gehören die bereits erwähnte staatliche Unterstützung für Versicherte, die die Beiträge nicht allein tragen können, das Recht, die Ansprüche auf Leistung – ausgenommen sind Notfallleistungen – ruhen zu lassen, wenn Beiträge nicht gezahlt werden, und die Möglichkeiten der Zwangsvollstreckung.

In Absatz 5 werden der verpflichtete Personenkreis ebenso wie der Mindestinhalt der Absicherung durch den Versicherungsvertrag festgelegt.

Der ab dem 1. Januar 2009 von der Pflicht zur Versicherung erfasste Personenkreis ist im Zusammenhang mit den Regelungen zur Versicherungspflicht in der GKV, insbesondere mit der (vorrangigen) Neuregelung in § 5 Abs. 5 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sehen. Danach sind alle Einwohner, die bisher nicht von der Versicherungspflicht in der GKV erfasst sind und dort auch nicht freiwillig versichert sind, und die auch keine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen, wenn sie dort zuletzt versichert waren. Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat Krankenversichert waren, müssen sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind.

Wie in der GKV sind Einwohner, die eine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, nicht verpflichtet, einen Ver-

trag bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Wegen der Einzelheiten wird auf die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nr. 2 zu § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen. So sind u. a. Personen, die bei Inkrafttreten der Regelung Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, von der Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags ausgeschlossen, da sie vorrangig Leistungen des Sozialhilfeträgers erhalten. Dies gilt analog den Regelungen in § 5 Abs. 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch bei einer kurzen Unterbrechung des Leistungsbezugs. Personen mit Beihilfeansprüchen sind, soweit sie der PKV zugeordnet werden, verpflichtet, den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil ergänzend abzusichern.

Für Bezieher von Beihilfe oder ähnlichen Leistungen ist eine die Leistungen des Beihilfeträgers auf den festgelegten Mindestumfang ergänzende Absicherung ausreichend. Ausreichend ist eine Absicherung in Tarifen, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen. Die Begriffe ambulante und stationäre Heilbehandlungen benennen klassische Leistungsbereiche in der PKV (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 der Kalkulationsverordnung), der jeweilige genaue Leistungsinhalt und -umfang aus diesen – und möglichen anderen – Leistungsbereichen wird, wie in der PKV üblich, im Tarif festgelegt. Um eine Umgehung der Versicherungspflicht zu verhindern, wird die Möglichkeit der Vereinbarung von (absoluten und prozentualen) tariflichen Selbstbehalten bis zu einer betragsmäßigen Auswirkung von 5 000 Euro jährlich für ambulante und stationäre Heilbehandlung begrenzt. Bei Beamten gilt der maximal zulässige Selbstbehalt nur anteilig. Sonst könnte durch die Anwendung des ungekürzten Selbstbehalts auf einen Prozenttarif der Mindestumfang der Versicherung unterlaufen werden.

Zugleich bleibt die Möglichkeit erhalten, einen Tarif durch das Angebot klassischer PKV-Leistungen (z. B. Wahlleistungen im stationären Bereich) vom Leistungsumfang her oder durch eine Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen vom Beitrag her attraktiver zu gestalten. Hierdurch wird der Wettbewerb zwischen den Unternehmen gefördert.

Vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Krankheitskostenversicherungsverträge, die den in Satz 1 definierten Mindestinhalt unterschreiten, müssen aus Bestandsschutzgründen nicht angepasst werden.

#### **Zu Absatz 6**

Durch die Regelung in Absatz 6 sollen materielle Vorteile bei Personen begrenzt werden, die sich nicht bereits mit Eintritt der Pflicht zur Versicherung, sondern erst später versichern, um die Prämie zu sparen. Ein solches Verhalten würde der Versichertengemeinschaft schaden, daher soll durch den Prämienzuschlag auch ein Ausgleich für diesen Schaden geschaffen werden. Der Prämienzuschlag soll sich aus der vollen Monatsprämie zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung berechnen. Er wird einmalig neben der laufenden Prämie geschuldet. Auf Antrag des Versicherungsnehmers können die Zahlung des Prämienzuschlags gestundet und Ratenzahlung vereinbart werden, wenn ihn die sofortige Zahlung der vollen Summe seiner wirtschaftlichen Existenz berauben würde. Der Versicherungsnehmer sollte daher bei

seinem Antrag glaubhaft machen, dass er sich in einer vorübergehenden finanziellen Notlage befindet, die sich in nächster Zeit beheben wird. Es ist dem Versicherungsnehmer jedoch zuzumuten, einen Kredit aufzunehmen, um den Prämienzuschlag in einer Summe zu tilgen.

#### **Zu Absatz 7**

Weitergehend als die Verpflichtung der Versicherten zum Abschluss einer Krankenversicherung in Absatz 5 regelt Absatz 7 den Kontrahierungszwang des Versicherers, der allerdings nur für den Basistarif gilt. Das Versicherungsunternehmen behält jedoch weiterhin die Möglichkeit, den Vertragsabschluss abzulehnen, wenn sich der Versicherungsnehmer früher nicht vertragstreu verhalten hat. Nicht nur für nicht abgesicherte Personen, sondern auch für Personen, die freiwillig in der GKV versichert sind, oder für Personen, die bereits einen privaten Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen haben und abgesichert sind, besteht die Möglichkeit, ggf. innerhalb definierter Fristen in einen Basistarif der PKV zu wechseln. Dabei ist es bei einem Wechsel oder einer Kündigung nach Absatz 7 Satz 2 ausreichend, wenn die erforderlichen Erklärungen und Anträge innerhalb der dort genannten Frist abgegeben werden. Um Wechselmöglichkeiten des Versicherten nicht zu behindern, besteht nach Absatz 7 Satz 3 der Kontrahierungszwang bereits dann, wenn privat Versicherte ihren bisherigen Vertrag gekündigt haben, die Kündigung jedoch nach § 178h Abs. 6 Satz 2 noch nicht wirksam geworden ist. Personen mit Beihilfeansprüchen können, soweit bisher noch keine Absicherung der von der Beihilfe nicht übernommenen Kosten besteht, eine Versicherung in einer die Leistungen der Beihilfe ergänzenden Variante des Basistarifs verlangen, soweit sie der PKV zuzuordnen sind. Ob Versicherte, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, in den Basistarif ihres eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln, Alterungsrückstellungen mitnehmen können, ist weitergehend in § 178f VVG geregelt.

#### **Zu Absatz 8**

Da auch das bisher bestehende Kündigungsrecht des Versicherers, wenn eine Folgeprämie nicht entrichtet wurde, entfällt, wird den Regelungen in der GKV entsprechend das Risiko für den Versicherer, leisten zu müssen, ohne die Gegenleistung zu erhalten, durch eine Ruhensregelung begrenzt. Vom Ruhen ausgenommen sind allerdings in Anlehnung an Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 4 Abs. 1, 2 AsylbLG). Wegen der Einzelheiten wird auf die Begründung zu § 16 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Artikel 1 Nr. 9a verwiesen. Darüber hinaus sind Säumniszuschläge zu entrichten. Wird der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und weist er dies nach, müssen Leistungen wieder in voller Höhe erbracht werden, auch wenn ausstehende Beträge nicht vollständig beglichen sind.

#### **Zu Absatz 9**

Um Missbrauch der beitragsenkenden Instrumente des Basistarifs (§ 12 Abs. 1c VAG) zu Lasten der Versicherten-

gemeinschaft zu vermeiden, soll das Versicherungsunternehmen verlangen dürfen, dass Zusatzversicherungen ruhen müssen, wenn und solange ein Versicherter auf die Reduzierung des Beitrags angewiesen ist. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer seine Zusatzversicherung als Anwartschaftsversicherung fortführen.

#### **Zu Nummer 4 (§ 178f)**

Beim Wechsel innerhalb des Unternehmens jener Personen, die nach § 178a ein Wechselrecht in den Basistarif besitzen, werden die aus dem bestehenden Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung angerechnet. Eine entsprechende Portabilität beim Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens existiert bereits nach geltendem Recht. Für Personen nach § 178f Abs. 1 Nr. 1b wird damit keine Wechselmöglichkeit zu anderen Versicherungsunternehmen eröffnet.

Bei Kündigung und Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherungsunternehmen ist gegenüber dem Gesetzentwurf zwischen vor dem 1. Januar 2009 und nach diesem Zeitpunkt geschlossenen Verträgen zu unterscheiden. Für Versicherte, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben und die innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens eintreten, wird die kalkulierte Alterungsrückstellung insoweit an den neuen Versicherer übertragen, wie sie sich auf Leistungen des Basistarifs bezieht.

Bei ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen über eine Krankheitskostenversicherung wird bei Kündigung und Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags die Alterungsrückstellung insoweit übertragen, wie sie sich auf Leistungen des Basistarifs bezieht.

#### **Zu Nummer 6 (§ 178h)**

Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, dass der Versicherte über einen nahtlos angrenzenden Versicherungsschutz verfügt, wenn er seinen bisherigen Vertrag kündigt.

#### **Zu Nummer 7 (§ 178i)**

Durch diese Regelung soll der Versicherungsschutz dauerhaft aufrechterhalten werden. Bisher verlieren Versicherte häufig ihre Alterungsrückstellungen dadurch, dass der Versicherer ihnen kündigt, weil sie mit der Zahlung einer Folgeprämie in Verzug sind. Dies ist nunmehr ausgeschlossen. Der Versicherer wird durch diese Regelung nur gering belastet, da der Leistungsanspruch des Versicherten nach § 178a Abs. 8 weitgehend ruht und während des Prämienzahlungsverzugs Säumniszuschläge geltend gemacht werden können.

#### **Zu Artikel 44 (VAG)**

##### **Zu Nummer 5 (§ 12)**

##### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Absatz 1 Nr. 5**

Für Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung schafft Buchstabe a die Verpflichtung, die vorhandene teilweise Alterungsrückstellung bei Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen zu übertragen

(Portabilität). Im Unterschied zum Gesetzentwurf wird die Portabilität für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge aber ausgeschlossen. Für diese Altverträge, bei denen sogenannte Stornogewinne prämiemindernd einkalkuliert sind, die beim Verfall der Alterungsrückstellungen an das Kollektiv entstehen, wenn ein Versicherungsnehmer das Unternehmen verlässt, wird kraft Gesetzes ein Wechselrecht für die Dauer von sechs Monaten geschaffen.

## **Zu Buchstabe b**

### **Zu Absatz 1a**

Bei den Änderungen handelt es sich um Klarstellungen. Klargestellt wird zunächst, dass die Leistungen des Basistarifs branchenweit einheitlich sein müssen. Dies ist Voraussetzung für die brancheneinheitliche Kalkulation dieses Tarifs. Außerdem wird klargestellt, dass die Leistungen des Basistarifs nicht nur in Art und Höhe, sondern auch im Umfang mit denen der GKV vergleichbar sind. Damit wird einer Anregung aus der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages Rechnung getragen. Die Konkretisierung dieser Vorgabe erfolgt über die in § 12 Abs. 1d vorgesehenen Regelungen. Entsprechend der bisherigen Versicherungspraxis wird zudem klargestellt, dass für Kinder und Jugendliche gesonderte Varianten des Basistarifs vorzusehen sind, in denen keine Alterungsrückstellungen und damit auch keine Übertragungswerte gebildet werden.

### **Zu Absatz 1b**

Absatz 1b spiegelt den vertraglichen Kontrahierungszwang im Basistarif des § 178a Abs. 7 des Versicherungsvertragsgesetzes aufsichtsrechtlich wider.

### **Zu Absatz 1c**

Die in Satz 1 nunmehr vorgesehene Streichung der Berücksichtigung von Ehepartnern bei der Bemessung des Höchstbeitrags im Basistarif vermeidet, dass auch gut verdienende Ehepaare durch einen Wechsel in den Basistarif von der Deckelung der Höchstbeiträge profitieren, die zur Vermeidung sozialer Härten ins Gesetz aufgenommen wurde.

Da der Basistarif erst zum 1. Januar 2009 in Kraft tritt, genügt zur Bemessung des Höchstbeitrags im Basistarif der Verweis auf den Höchstbeitrag der GKV; ein zusätzlicher Hinweis auf den bis zum 31. Dezember 2008 allein von den GKV-Mitgliedern zu entrichtenden Sonderbeitrag gemäß § 241a SGB V erübrigt sich. Bei der jährlichen Festlegung des für die Begrenzung des Beitrags im Basistarif maßgeblichen GKV-Höchstbeitrags wird künftig jedoch das Finanzvolumen berücksichtigt werden müssen, das ggf. über die Erhebung des Zusatzbeitrags erzielt wird. Eine Abweichung der Deckungsquote in der GKV von anfänglich 100 Prozent im Startjahr des Fonds führt daher nach Satz 2 zu einer Anpassung des Höchstbeitrags im Basistarif um den entsprechenden Prozentwert, den die Deckungsquote des Vorjahres die vollständige Deckung unter- oder überschreitet. Hierdurch wird insbesondere gewährleistet, dass auch bei einem ansteigenden Finanzierungsanteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen über Zusatzbeiträge zukünftige Kostenanstiege des Gesundheitswesens zu einer entsprechenden Anpassung des Höchstbeitrags im PKV-Basistarif führen.

In Satz 4 wird klargestellt, dass die Beitragshalbierung auf die Dauer der Hilfebedürftigkeit beschränkt ist.

In Satz 5 wird der Einschub „gemäß § 26 Abs. 3 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen. Hierbei handelt es sich um eine rechtsförmliche Änderung ohne inhaltliche Folgen.

Satz 6 stellt klar, dass die Halbierung des Beitrags im Basistarif bei Entstehen oder Vorliegen von Hilfebedürftigkeit greift. Es bleibt bei der vorgesehenen Beteiligung der Grundversicherungsträger und der vorgesehenen Begrenzung möglicher finanzieller Belastungen der Versicherungsunternehmen in diesen Fällen.

## **Zu Buchstabe c**

### **Zu Absatz 1d**

Der Leistungsumfang des Basistarifs soll sich am Versicherungsschutz der GKV orientieren. Dies ist im Kern in Absatz 1a Satz 1 festgelegt. Es hängt jedoch von der Ausgestaltung der Detailregelungen ab, wie umfassend der Versicherungsschutz dort sein wird. Bei dieser Ausgestaltung ist zudem dafür Sorge zu tragen, dass die entsprechenden Vorgaben einheitlich und mit Wirkung für alle Unternehmen umgesetzt werden. Die bislang im Gesetzentwurf vorgesehene Genehmigung durch die Bafin kann dies nicht erreichen. Die Beleihung des PKV-Verbands hingegen stellt das branchenweit einheitliche Angebot sicher und gewährleistet, dass der Sachverstand der im Verband zusammengeschlossenen Unternehmen der PKV dabei zum Tragen kommt. Die mit der Beleihung verbundene Rechts- und Fachaufsicht soll dafür sorgen, dass die nähere Ausgestaltung des Basistarifs nicht von interessenpolitischen Erwägungen dominiert wird. Aufsichtführende Behörde ist das für die Versicherungsaufsicht zuständige Bundesministerium der Finanzen.

## **Zu den Buchstaben d und e**

### **Zu den Absätzen 4b und 5**

Entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

### **Zu den Nummern 8 und 9 (§ 161)**

Die im Gesetzentwurf in § 161 geregelten Übergangsvorschriften für Bestandsversicherte beim Wechsel in den Basistarif sind vor dem Hintergrund, dass diesen nur ein befristetes Wechselrecht von einem halben Jahr eingeräumt wird, entbehrlich.

## **Zu Artikel 45 (KalV)**

### **Zu Nummer 5 (§ 12 Abs. 4)**

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung, die daraus resultiert, dass anders als im Regierungsentwurf die Alterungsrückstellung beim Wechsel in den Basistarif des eigenen Unternehmens jetzt in dem in § 13 Abs. 5 KalV vorgesehenen Umfang mitgegeben wird.

### **Zu Nummer 6 (§ 13 Abs. 5)**

Durch die Regelung wird verhindert, dass der Übertragungswert durch die Zillmerung erneuter Abschlusskosten reduziert wird, wenn der Versicherte zu einem anderen Unternehmens wechselt. Nur soweit sich (aufgrund eines größeren

Leistungsumfangs) nach dem Wechsel ein Mehrbeitrag gegenüber einer Versicherung im Basistarif des neuen Unternehmens ergibt, dürfen in diesem Umfang erneute Abschlusskosten gezillmert werden.

Im Übrigen soll – anders als im Gesetzentwurf vorgesehen – bei Wechsel in den Basistarif des eigenen Unternehmens die mitgegebene Alterungsrückstellung nicht mehr auf den Übertragungswert nach § 13a beschränkt sein. Es findet jetzt die allgemeine Regelung des Absatzes 1 Anwendung.

#### **Zu Nummer 7 (§ 13a)**

##### **Zu Absatz 1**

Es wird ein Redaktionsversehen korrigiert.

##### **Zu Absatz 2**

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die daraus resultiert, dass der Basistarif nicht, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, zum 1. Januar 2008, sondern erst zum 1. Januar 2009 eingeführt wird.

##### **Zu Absatz 3**

Die Übergangsvorschriften für Bestandsversicherte beim Wechsel in den Basistarif sind vor dem Hintergrund, dass diesen nur ein befristetes Wechselrecht von einem halben Jahr eingeräumt wird, entbehrlich.

#### **Zu Artikel 45a (§ 3 EStG)**

Die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände beschäftigen noch ca. 13 000 Angestellte, die einer Dienstordnung unterstellt und damit den Beamten weitgehend gleichgestellt sind. Sie haben dadurch bei Krankheit grundsätzlich einen Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften und benötigen für den nach Abzug der Beihilfe verbleibenden Anteil lediglich eine Teilkostenversicherung, welche nach § 14 SGB V in Anspruch genommen werden kann. Die gesetzgeberische Absicht des § 14 SGB V bestand ursprünglich darin, die Beschäftigten mit Beihilfeanspruch bei ihrem Arbeitgeber als Träger der GKV zu einem um den Beihilfeanteil verminderten Beitragssatz versichern zu können.

In der Praxis wird der Weg einer Erstattung der auf privatärztlicher Basis entstandenen Aufwendungen zu einem Teil über die Beihilfe und zum anderen Teil über die Auszahlung aus Versicherungsmitteln jedoch oft nicht beschritten. Stattdessen werden kraft Satzung in vollem Umfang Sachleistungen der GKV gewährt, was nicht nur für den Träger kostengünstiger ist, sondern wegen der gleichen Versicherungskonditionen (Sachleistungsprinzip) auch eine Gleichbehandlung der Mitarbeiter des Unternehmens mit dem übrigen Mitgliederkreis ermöglicht. Die Versicherungsprämie stellt damit einen ermäßigten Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Kranken-(voll-)versicherung dar. Im Gegenzug verzichtet der Angestellte auf seinen Beihilfeanspruch.

Aufgrund des Beschlusses des Bundesfinanzhofs vom 28. Oktober 2004 (Az.: VI B 176/03, BFH/NV 2005, 205–206) ergibt sich die Folge einer Besteuerung der an Stelle von Beihilfeleistungen gewährten Beitragsermäßigung. Dies führte zu einer Schlechterstellung der betroffenen Angestellten im

Vergleich zu Beamten und Arbeitnehmern mit Beihilfeanspruch, welche ohne finanziellen Ausgleich der höheren Steuerlast zu einer Abwanderung der Beschäftigten von ihrer eigenen Krankenkasse führt und so die Glaubwürdigkeit des Unternehmens bei den übrigen Versicherten in Frage stellt.

Nachdem die für die gesetzliche Krankenversicherung kostengünstige Form der Versicherung ihrer eigenen Beschäftigten weiterhin erhalten bleiben soll, wird durch die Änderung in § 3 EStG eine Gleichstellung mit Beihilfeleistungen und somit Steuerfreiheit der Beitragsermäßigung erreicht.

Durch die Neuregelung verändert sich die lohn-/einkommensteuerliche Situation von DO(Dienstordnung)-Angestellten, die ihren Beihilfeanspruch geltend machen und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Restkostenversicherung haben, nicht. Gleiches gilt für DO-Angestellte, die ihren Beihilfeanspruch geltend machen und die Restkosten über § 14 SGB V (Teilkostenersatzung) abrechnen.

Für DO-Angestellte, die bisher zum ermäßigten Beitragssatz bei vollem Sachleistungsanspruch unter Wegfall des Beihilfeanspruchs in der GKV versichert sind, verbessert sich die Situation, weil die Lohn-/Einkommensteuer auf die Beitragsermäßigung entfällt. Diese DO-Angestellten werden vom steuerlichen Ergebnis her nunmehr mit DO-Angestellten, die ihren Beihilfeanspruch geltend machen, gleichgestellt.

Nachdem die genannte Problematik auch nach Wegfall der Ermäßigungsmöglichkeiten (Änderung des § 243 SGB V) und Ersatz durch Prämienrückzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V zum 1. Januar 2009 unverändert weiter bestehen würde, sind auch die dann im Rahmen des Teilkostenmodells gewährten Prämienzahlungen steuerfrei zu stellen.

#### **Zu Artikel 46 (Inkrafttreten)**

##### **Zu Absatz 1**

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. April 2007 in Kraft tritt, soweit in den Abätzen 2 bis 12 nichts anderes bestimmt ist.

##### **Zu Absatz 2**

Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen erhält die Bundesmittel nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 lediglich zur Weiterleitung an die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Um zu vermeiden, dass allein durch diese durchlaufenden Gelder im Jahr 2006 die Verwaltungskostenobergrenze überschritten wird, muss die Regelung zum 1. Januar 2006 in Kraft treten.

##### **Zu Absatz 3**

Das Gesetz sieht ein rückwirkendes Inkrafttreten der Regelungen im Zusammenhang mit der Gründung eines Instituts des Bewertungsausschusses für den ärztlichen Bereich vor, damit der Prozess der Professionalisierung des Entscheidungsverfahrens des Bewertungsausschusses unverzüglich eingeleitet wird und die erforderlichen personellen und organisatorischen Maßnahmen zügig und sachgerecht getroffen werden, um die bereits im Jahr 2007 zu erfüllenden Aufgaben (insbesondere die Neugestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach § 87 Abs. 2a) fristgerecht abuarbeiten.

**Zu Absatz 4**

Das Inkrafttreten der Regelungen (Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a, c Doppelbuchstabe aa bis cc, Buchstabe e, Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe ee und Artikel 15 Nr. 4), wonach ein Wechsel abhängig Beschäftigter von der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung nur noch dann möglich ist, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren überstiegen hat, wird vom Tag der ersten Lesung auf den Tag der dritten Lesung verschoben, um eine höchstmögliche verfassungsrechtliche Rechtssicherheit zu erzielen. Das Vertrauen der Betroffenen ist dann nicht mehr schutzwürdig, wenn der Bundestag das in die Vergangenheit rückwirkende Gesetz beschlossen hat (BVerfGE 14, 298).

Ein Inkrafttreten der Regelungen zur Neubewertung der belegärztlichen Leistungen durch den Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab zum Tag der dritten Lesung ist erforderlich, damit der Beschluss des Bewertungsausschusses umgehend vorbereitet wird und bereits mit Wirkung zum 1. April 2007 in Kraft tritt. Damit wird ermöglicht, dass die Problematik der belegärztlichen Honorierung kurzfristig gelöst werden kann.

Am Tag der dritten Lesung soll auch die Klarstellung des Begriffs der Verschuldung in § 265a SGB V (Artikel 1 Nr. 177a) in Kraft treten. Dies ist erforderlich, da § 265a SGB V vorsieht, dass die Entschuldung der Krankenkassen grundsätzlich bis zum 31. Dezember 2007 erfolgt sein soll. Daher soll für die Krankenkassen, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Klarheit darüber bestehen, von welchem Begriff der Verschuldung insoweit auszugehen ist.

**Zu Absatz 5**

Da die Frist zur Harmonisierung der Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäbe am 31. Dezember 2006 endete, muss die Regelung zur Fristverlängerung am 1. Januar 2007 in Kraft treten.

Da die Neuregelung zu den Sicherstellungszuschlägen für den ärztlichen Bereich vorsieht, dass ab dem Jahr 2007 die Krankenkassen die finanzielle Belastung – ohne Anrechnung auf die Gesamtvergütung – allein zu tragen haben, tritt sie zum 1. Januar 2007 in Kraft.

Die Maßnahmen zu dem GKV-Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser treten zum 1. Januar 2007 in Kraft, um die Entlastung der Krankenkassen für das gesamte Jahr 2007 in vollem Umfang sicherzustellen.

Da das im Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen (Artikel 39) enthaltene Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen bis zum 1. Januar 2007 befristet war, muss seine Verlängerung ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2007 in Kraft treten, damit eine nahtlose Geltung des Moratoriums gewährleistet ist.

**Zu Absatz 6**

Damit die Wahlordnung möglichst zeitnah mit Inkrafttreten des Gesetzes in Kraft treten kann, ist das Inkrafttreten der Ermächtigungsnorm vorzuverlegen.

**Zu Absatz 7**

Der Basistarif in der privaten Krankenversicherung wird zum 1. Januar 2009 eingeführt, zeitgleich dazu treten die weiteren Vorschriften zur Neuregelung der privaten Krankenversicherung, etwa die Einführung einer Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung, in Kraft. Abweichend hiervon wird bereits zum 1. Juli 2007 allen Nichtversicherten, die der Sphäre der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, der Zugang zum bisherigen Standardtarif ermöglicht (vgl. § 315 SGB V). Bereits dann gilt auch dort die Verpflichtung der Leistungserbringer, die im Standardtarif Versicherten zu behandeln.

**Zu Absatz 8**

Die Umsetzung der Neuregelungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch die zuständige Selbstverwaltung (Neuorganisation der Prüfungsgremien, Entbürokratisierung, Anpassung der Prüfungsvereinbarungen, Datenübermittlung) erfordern einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2007. Dies schafft auch Rechtssicherheit für die von den Prüfungsverfahren insbesondere betroffenen Ärztinnen und Ärzte.

**Zu Absatz 9**

Ein Großteil der in Absatz 9 genannten Vorschriften betrifft die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen. Das Inkrafttreten der darauf bezogenen Vorschriften zum 1. Juli 2008 erklärt sich daraus, dass bis zu diesem Zeitpunkt die bisherigen Bundesverbände in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts ihre bisherigen Aufgaben unverändert fortführen. Danach werden die Aufgaben in aller Regel von dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übernommen, der grundsätzlich ab diesem Zeitpunkt für sämtliche Aufgaben zuständig wird, die nicht wettbewerblicher Art sind und früher gemeinsam und einheitlich von den alten Bundesverbänden erledigt wurden.

Weiter betrifft der Absatz die Regelungen zur Neuorganisation und Professionalisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese treten zum 1. Juli 2008 in Kraft, da die Umgestaltung des maßgeblichen Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Organisationsreform der Krankenkassen aufbaut. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vertritt die Krankenkassen ab diesem Zeitpunkt im neu gestalteten Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Änderungen der Qualitätssicherung treten zeitgleich mit der Vorschrift zur Umgestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft, da ab diesem Zeitpunkt die notwendigen Voraussetzungen für sektorenübergreifende Beschlüsse zur Qualitätssicherung in der gemeinsamen Selbstverwaltung gegeben sind.

**Zu Absatz 10**

Die Regelungen zur Errichtung des Gesundheitsfonds und die damit in Zusammenhang stehenden Regelungen über den Beitragseinzug und die Beitragsgestaltung, insbesondere die Festschreibung des Beitragssatzes, treten zeitgleich mit den neu gefassten Regelungen über den Risikostrukturausgleich zum 1. Januar 2009 in Kraft.

Zum 1. Januar 2009 wird die Etablierung der neuen Verbandsstruktur abgeschlossen. Dies bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt die bisherigen Bundesverbände als Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts.

Die Regelungen zur Einführung des Basistarifs und zur Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV treten am 1. Januar 2009 in Kraft. Abweichend hiervon tritt § 12 Abs. 1d des Versicherungsaufsichtsgesetzes zum 1. April 2007 in Kraft.

#### **Zu Absatz 11**

Zum 1. Januar 2010 wird ein finanzielles Anreizsystem zum Abbau von Unterversorgung in der nur für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Euro-Gebührenordnung insbesondere mittels Zuschläge auf die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte eingeführt (vgl. § 87a ff. in Verbindung mit § 87 SGB V). Da für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung entsprechende Vergütungszuschläge innerhalb des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems nicht vorgesehen sind, sind ab dem 1. Januar 2010 die Regelungen zu Sicherstellungszuschlägen auf den zahnärztlichen Bereich zu beschränken.

#### **Zu Absatz 12**

Die Regelung über die Einrichtung von Weiterleitungsstellen (beauftragten Stellen) tritt zum 1. Januar 2011 in Kraft. Damit ist sichergestellt, dass die notwendigen vorbereitenden Planungen und Maßnahmen zur Errichtung der Weiterleitungsstellen getroffen werden können.

#### **Artikel 47 (Außerkräftreten)**

Die Regelung enthält eine Übergangsvorschrift zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik bis zum 30. Juni 2008. Mit Inkrafttreten der Finanzierung aus dem Haushalt des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 1. Juli 2008 ist diese Regelung entbehrlich.

Berlin, den 1. Februar 2007

#### **Der Ausschuss für Gesundheit**

**Annette Widmann-Mauz**  
Berichterstatlerin

**Dr. Carola Reimann**  
Berichterstatlerin

**Heinz Lanfermann**  
Berichterstatler

**Frank Spieth**  
Berichterstatler

**Birgitt Bender**  
Berichterstatlerin