

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

---

### **Änderungsvorschläge der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) und der MIT - Gesundheitskommission**

Stand 28. 11. 2006

Die Bundeskommission „Gesundheitspolitik“ der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung hat bereits eine kritisch-konstruktive Bewertung des Eckpunkte-Papiers der Großen Koalition zur Reform des Gesundheitswesens erarbeitet, die im Grundsätzlichen auch für den entsprechenden Gesetzentwurf der Bundesregierung gilt.

Nach Vorlage des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV wurden speziell mittelstands- und freiberufsrelevante Passagen analysiert. Dabei sind Vorschläge aus der Ärzteschaft, Zahnärzteschaft, von Apothekern, Heil- und Hilfsmittelherstellern, der pharmazeutischen Industrie, des PKV-Verbandes sowie der Verbände im Gesundheitswesen geprüft worden. Auf dieser Basis schlägt die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU und ihre Kommission Gesundheitspolitik Änderungen bzw. Ergänzungen zur Gesetzesvorlage vor, welche insbesondere die mittelständische und freiberuflichen Strukturen im Gesundheitswesen und deren Bedeutung für die Bevölkerung stärken und dabei das Anliegen des Gesetzgebers, den Wettbewerb innerhalb der Strukturen des GKV-Systems zu stärken, unterstützen. Keine Unterstützung erfährt – auch aus verfassungsrechtlichen Gründen – die Ausgestaltung des sog. „Basistarifs“ in der Privaten Krankenversicherung, da diese die Grundlagen der Privatversicherung zerstört und den Einstieg in die Einheitsversicherung bedeutet.

Wichtig erscheint abschließend der Hinweis, dass die hier unterbreiteten Vorschläge lediglich partiellen Änderungsbedarf betreffen, also nicht den Gesetzentwurf insgesamt. Dagegen lassen alleine die verfassungsrechtlichen Fragestellungen, die nur angerissen werden konnten, die Notwendigkeit einer grundlegenden Revision erkennen.

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p align="center"><b>Artikel 1</b> <b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b></p>	<p align="center"><b>Artikel 1</b> <b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b></p>	
<p>Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ..... (BGBl. I S. ....), wird wie folgt geändert: ...</p>		
<p>3. § 6 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Absatz 1 Nr. 1 wird das Wort „übersteigt“ durch die Wörter „in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ ersetzt.</p>	STREICHEN	<p>Begründung: Es ist kein sachlicher Grund für eine derartige Ausweitung der Versicherungspflicht gegenüber der aktuellen Rechtslage erkennbar. Der Gesetzesvorschlag steht im Widerspruch zu den Eckpunkten der Regierungskoalition und erschwert den Wettbewerb unnötig.</p>
<p>b) In Absatz 3a Satz 4 werden die Wörter „Bezieher von Arbeitslosengeld II“ durch die Wörter "Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind“ ersetzt.</p>		
<p>c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander</p>	STREICHEN	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>folgenden Kalenderjahren überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“</p> <p>bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.“</p>		<p>Die vorgesehene Regelung erschwert den Zugang zur Privaten Krankenversicherung unnötig und steht damit im Widerspruch zu den Zielen des Gesetzgebers und den von der Koalition vorgelegten Eckpunkten für eine Gesundheitsreform.</p>
<p>d) Absatz 5 wird aufgehoben.</p>		
<p>e) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:</p> <p>"(9) Arbeiter und Angestellte, die nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen und die am (Einfügen: Tag der ersten Lesung) bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, bleiben versicherungsfrei, solange sie keinen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen."</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Bei Beibehaltung der bisherigen Rechtslage ist der Anhang in Abs. 9 entbehrlich.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>7. § 11 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:          „(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.“</p>	<p>7. § 11 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:          „(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung <b>und deren Verbänden</b> und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.“</p>	<p>Begründung:</p> <p>Die Ausweitung des Leistungsanspruchs der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Schiedsstellenproblemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, ist sinnvoll. Um eine effiziente und flächendeckende Lösung der Schnittstellenprobleme zu ermöglichen, sollte allerdings vorgesehen werden, dass Vereinbarungen zum Versorgungsmanagement nicht nur durch einzelne Leistungserbringer, sondern auch durch deren Verbände geschlossen werden können (§ 11 Absatz 4 Satz 4 des Gesetzentwurfs).</p>
<p>b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.          ...</p>		
<p>8. § 13 Abs. 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Die Sätze 2, 3 und 10 werden aufgehoben.</p>	<p>a) Die Sätze 2, 3, <b>4, 5</b> und 10 werden aufgehoben.</p>	<p>Begründung: Patienten dürfen Leistungserbringer im EU-Ausland und in der Schweiz, darunter auch deutsche Leistungserbringer zur ambulanten Versorgung ohne Vorab-Genehmigung ihrer deutschen Krankenkasse in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern im Inland zu versagen ist inländerdiskriminierend. Das „Budget-Argument“ der Krankenkassen, mit dem</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		dies verhindert wird, ist nicht schlüssig, da die Patienten, wie dargestellt, die Leistungen jederzeit – zu Lasten des Budgets - im Ausland in Anspruch nehmen können. Es wäre vielmehr zu prüfen, ob nicht auch die Leistungserbringer ihrerseits Kostenerstattung für die Behandlung wählen können, um damit die Wahlfreiheit nicht nur auf Seiten ausschließlich eines Vertragspartners zu ermöglichen.
<p>b) Folgender Satz wird angefügt:</p> <p>"Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor."...</p>		
	<p>Neu:        8.1. § 13 Abs. 4 wird wie folgt geändert:        a) Der Satz 9 wird wie folgt geändert:        Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten vorsehen, sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug bringen. In diesem Fall entfällt die Wirtschaftlichkeitsprüfung.</p>	<p>Begründung: Im Hinblick auf die Stärkung des Wettbewerbs sollte es den Kassen selbst überlassen bleiben, über die Notwendigkeit von Abschlägen zu entscheiden. Abschläge bedeuten in jedem Fall eine Benachteiligung der Versicherten, die sich für Kostenerstattung statt Sachleistung entscheiden und würde daher dem Ansinnen der Bundesregierung, mehr Wahlfreiheit zu ermöglichen zuwider laufen. Im Übrigen wird auf § 53 Abs. 4 (Wahltarife) des vorliegenden Entwurfs hingewiesen; dort ist ebenfalls vorgesehen, dass eine Entscheidung in der Satzung und nicht vom Gesetzgeber getroffen wird.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
12. Nach § 20 werden folgende §§ 20a bis 20d eingefügt:	12. Nach § 20 werden folgende §§ 20 a und 20 b eingefügt:	
<p>„§ 20a Betriebliche Gesundheitsförderung (1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend. (2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.</p>	STREICHEN	<p>Begründung: Betriebliche Gesundheitsfürsorge und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung. Ein weiterer „Verschiebebahnhof“, besser gesagt, die Mehrgleisigkeit bei der betrieblichen Gesundheitsfürsorge, ist nicht erforderlich. An dieser Stelle ist ein weiterer Mittelabfluss aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeidbar. Dies dient der Stabilisierung der Finanzierung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung.</p> <p>(Bei Annahme dieses Änderungsvorschlages wird aus § 20 c (Förderung der Selbsthilfe) § 20 a und aus § 20 d (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) wird § 20 b.</p>
<p>§ 20b Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere unterrichten sie diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte</p>	STREICHEN	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.</p> <p>(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.</p>		
<p>§ 20c Förderung der Selbsthilfe</p> <p>(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes</p> <p>3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.</p> <p>(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.</p> <p>(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen.</p> <p>Mindestens 50 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.</p>		
<p>§ 20d Primäre Prävention durch Schutzimpfungen (1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektions-</p>		



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>schutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu allen zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission einen Beschluss fassen. Die erste Entscheidung soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nach den Sätzen 5 bis 7 nicht termin- oder fristgemäß zu Stande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.</p> <p>(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen. Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>(3) Die Krankenkassen haben außerdem im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen." ...</p>		
<p>17. § 33 wird wie folgt geändert:</p>	<p>17. § 33 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesund-</p>	<p>a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt insbesondere nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitli-</p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>heitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen."</p>	<p>chen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen."</p>	
<p>b) Die Sätze 4 bis 7 des bisherigen Absatzes 1 werden Absatz 2.</p>	<p>b) Die Sätze 4 bis 7 des bisherigen Absatzes 1 werden Absatz 2.</p>	
<p>c) Der bisherige Absatz 2 wird aufgehoben.</p>	<p>c) STREICHEN</p>	<p>Begründung: Die mit dem Gesetzentwurf vorgenommene grundlegende Neuregelung der Hilfsmittelversorgung und die damit verbundene Streichung des bisherigen § 33 Absatz 2 SGB V ist verfehlt. Die Versorgung der Versicherten wird hierdurch im Hilfsmittelbereich massiv verschlechtert werden. Durch die vorgesehene Regelung des § 33 Absatz 6 SGB V, der die Versicherten auf die von den Krankenkassen benannten Leistungserbringer festlegt und die Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer faktisch ausschließt, wird die Wahlfreiheit der Versicherten unter den Leistungserbringern aufgehoben und der Wettbewerb unter den Leistungserbringern um das bestmögliche Verhältnis von Qualität und Preis beseitigt. Der Gesetzentwurf erkennt immerhin, dass Versicherte ein berechtigtes Interesse haben können, auch andere Leistungserbringer zu wählen, indem zugelassen wird, dass</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>der Versicherte „bei berechtigtem Interesse“ auch einen anderen Leistungserbringer wählen darf (§ 33 Absatz 6 Satz 3 des Gesetzentwurfs). Unvertretbar ist es dann allerdings, wenn der Versicherte trotz eines solchen berechtigten Interesses die dadurch entstehenden Mehrkosten bei der Versorgung selbst tragen soll (so § 33 Absatz 6 Satz 3 zweiter Halbsatz des Entwurfs). Dem Versicherten werden damit die Belastungen aufgebürdet, die aus dem verfehlten Regelungssystem folgen.</p> <p>Völlig unangemessen ist auch die vorgesehene Regelung des § 33 Abs. 7 Satz 2.</p> <p>Nach § 126 Absatz 2 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs bleiben Leistungserbringer übergangsweise bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt, auch wenn sie keinen neuen Vertrag mit einer Krankenkasse abschließen konnten. Den Leistungserbringern soll dadurch ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs die Möglichkeit gegeben werden, sich während einer angemessenen Übergangszeit „auf die neuen Bedingungen einzustellen“. Diese zwingend gebotene Übergangsregelung wird durch die gleichzeitig vorgesehene Regelung des § 33 Absatz 7 in ihrer Wirkung vollständig zunichte gemacht, weil dort vorgesehen ist, dass in der Übergangszeit nicht der bisher vereinbarte und von den Vertragspartnern als wirtschaftlich bewertete Abrechnungspreis zugrunde gelegt werden kann, sondern lediglich jeweils der</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>niedrigste Preis, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde. Hierdurch wird mit Inkrafttreten des Gesetzes in die bestehenden Verträge eingegriffen. Die Behauptung, es solle eine „angemessene Übergangszeit“ eingeräumt werden, entbehrt also jeder tatsächlichen Grundlage. Die unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten schon in der isolierten Ausgestaltung des § 126 Abs. 2 SGB V bedenkliche Regelung wird in Verbindung mit der Regelung des § 33 Abs. 7 zu einer verfassungswidrigen Gesamtregelung.</p>
<p>d) In Absatz 3 Satz 1 und Abs. 4 wird jeweils die Angabe "Absatz 1" durch die Angabe "Absatz 2" ersetzt.</p>	<p>c) In Absatz 3 Satz 1 und Abs. 4 wird jeweils die Angabe "Absatz 1" durch die Angabe "Absatz 2" ersetzt.</p>	
<p>e) Nach Absatz 5 werden folgende Absätze 6 bis 8 angefügt:          "(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.          (7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der</p>	<p>e) STREICHEN</p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.</p> <p>(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf."</p> <p>...</p>		
<p>20. § 35b wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In der Überschrift werden nach dem Wort "Nutzens" die Wörter "und der Kosten" eingefügt.</p>	STREICHEN	<p>Begründung:</p> <p>Diese Regelung würde die unzureichenden, eher national orientierten, weitgehend intransparenten Entscheidungsmöglichkeiten des IQWiG fortgeschrieben.</p>
<p>b) Absatz 1 Satz 3 wird durch folgende Sätze ersetzt:</p> <p>"Das Institut erstellt aufgrund eines Auftrags nach Satz 1 eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel (Kosten-Nutzenbewertung); Absatz 2 gilt entsprechend. Die Kosten-Nutzen-</p>	STREICHEN	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>bewertung erfolgt durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten im Verhältnis zu den Kosten. Das Institut entscheidet über die Methoden für die Erarbeitung von Bewertungen nach Satz 1 und 3 auf der Grundlage der international üblichen Standards der evidenzbasierten Medizin unter Durchführung einer Beteiligung entsprechend § 35 Abs. 2 und § 139a Abs. 4 und 5 und veröffentlicht diese Methoden im Internet."</p> <p>...</p>		
<p>33. § 53 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 53 Wahltarife</p> <p>(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.</p> <p>(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb</p>	<p>33. § 53 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 53 Wahltarife</p> <p>(1) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung vorzusehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.</p> <p>(2) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorzusehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b</p>	<p>Begründung: Die im Gesetzentwurf erfolgten Einschränkungen und Kann-Bestimmungen führen nicht zu mehr Wettbewerb, sondern erschweren ihn auf der Finanzierungsseite. Nur eine verbindliche Regelung im Hinblick auf Wahltarife und Rückerstattungen wird gewährleisten, dass diese Wettbewerbselemente tatsächlich auch Umsetzung finden.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.</p> <p>(3) 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.</p> <p>(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.</p> <p>(5) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 sowie den in § 46 Satz 2 genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen. Für die in § 46 Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen.</p> <p>(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt,</p>	<p>sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.</p> <p>(3) 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.</p> <p>(4) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung vorzusehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.</p> <p>(5) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 sowie den in § 46 Satz 2 genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen. Für die in § 46 Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen.</p> <p>(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der</p>	



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.</p> <p>(7) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.</p> <p>(8) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen."</p> <p>...</p>	<p>Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorzusehen.</p> <p>(7) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt zwei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der zweijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.</p> <p>(8) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen."</p>	
<p>45. § 73b wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung</p>	<p>45. § 73b wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung</p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten.</p> <p>(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1b hinausgehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,</li> <li>2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,</li> <li>3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,</li> <li>4. Einführung eines einrichtungswissenschaftlichen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.</li> </ol> <p>(3) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, indem sie sich</p>	<p>(1) Die Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten. <b>Der Versorgungsauftrag der hausarztzentrierten Versorgung umfasst die gesamte hausärztliche Behandlung eines gemäß Absatz 3 teilnehmenden Versicherten.</b></p> <p>...</p> <p>4. Einführung eines einrichtungswissenschaftlichen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und nachweisgestützten anerkannten Qualitätsmanagements.</p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung nur auf dessen Überweisung. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.</p> <p>(4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden mit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a teilnehmen,</li> <li>2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,</li> <li>3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten. Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungsatz, der pauschalisiert</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten. Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § <b>75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen und die Zuweisung der Vergütung erfolgt in allen Fällen durch die zuständige Kassen-</b></li> </ol>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.</p> <p>(5) In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.</p> <p>(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils</p>	<p><b>ärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 75 Abs. 2 Satz 2. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungssatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.</b></p> <p><b>Die Krankenkassen haben kassenärztliche Vereinigungen, in deren Bezirk zugelassene Vertragsärzte oder wohnhafte Versicherte an einem Vertrag nach Absatz 3 teilnehmen, über den im vertrag vereinbarten Versorgungsauftrag und über die teilnehmenden Ärzte zu informieren.</b></p> <p><b>4. Kassenärztlichen Vereinigungen nach Beratung im Beratenden Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung; § 79b Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.</b></p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>wohnnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.</p> <p>(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."</p> <p>...</p>	<p>(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 <b>im hausärztlichen Vergütungsanteil</b> in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 <b>vermindert sich der Vergütungsanspruch der kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 85a Abs. 2 um die Leistungen, die von den an den Verträgen nach Absatz 4 teilnehmenden Vertragsärzten des hausärztlichen Versorgungsbereiches für die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden versicherten erbracht werden.</b> Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 4 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."</p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>47. Nach § 73c wird folgender § 73 d eingefügt:</p> <p>"§ 73d Verordnung besonderer Arzneimittel</p> <p>(1) Die Verordnung von Arzneimitteln mit Wirkstoffen, bei denen aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), erfolgt durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Absatz 2 oder durch diesen Arzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere insbesondere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte nach Absatz 2 für die jeweiligen Arzneimittel. In den Richtlinien ist das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt nach Absatz 2 zu regeln. In den Richtlinien soll vorgesehen werden, dass die erstmalige Verordnung sowie eine Wiederholung der Verordnung nach Ablauf einer bestimmten Frist von einem Arzt nach Absatz 2 erfolgt, soweit dies zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolgs oder der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist.</p> <p>(2) Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie sind im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätige Ärzte, die die Voraussetzungen der nach Absatz 1 beschlossenen Richtlinien erfüllen; sie werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>der Ersatzkassen bestimmt, sofern sie ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen legen.</p> <p>Kommt eine Einigung nach Satz 1 zweiter Halbsatz nicht in angemessener Frist zustande und sind hierdurch bessere Ergebnisse für die Versorgung hinsichtlich der Patientenversorgung und der Wirtschaftlichkeit zu erwarten, kann die Krankenkasse nach vorheriger Ausschreibung durch Vertrag die Wahrnehmung der Aufgabe eines Arztes für besondere Arzneimitteltherapie auf einzelne der nach Satz 1 bestimmten Ärzte beschränken. Die Krankenkasse hat einen Vertrag nach Satz 2 der Kassenärztlichen Vereinigung spätestens zwei Monate vor Vertragsbeginn mitzuteilen. Verträge nach Satz 2 können jeweils mit Wirkung ab Beginn eines Kalenderjahres mit Gültigkeit von mindestens zwei Jahren vereinbart werden. Abweichend von Satz 1 zweiter Halbsatz kann die Krankenkasse, die einen Vertrag nach § 116 Abs. 2 mit einem Krankenhaus geschlossen hat, die im Rahmen dieses Vertrages tätigen Ärzte zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmen.</p> <p>(3) Arzneimittel, für die Richtlinien nach Absatz 1 gelten, sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106 als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit diese nach Absatz 1 verordnet worden sind. Für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen nach Absatz 2 Satz 2 und 5 ist die Einhaltung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 durch Vereinbarung in diesen Verträgen zu gewährleisten und nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106. Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben für die Freistellung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu übermitteln; die §§ 296 bis 298 gel-</p>	<p>STREICHEN (von: Kommt eine...bis Arzneimitteltherapie bestimmen)</p>	<p>Begründung: In den Eckpunkten (Anlage 6) war eine reine Selbstverwaltungslösung, sprich einvernehmliche Bestellung der qualifizierten Ärzte, vorgesehen. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen davon abgewichen wurde.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>ten entsprechend.</p> <p>(4) Arzneimittel sind nach den Vorschriften des Absatzes 1 zu verordnen, sobald im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung die Versorgung im Rahmen der aufgrund dieser Vorschrift vorgesehenen Verfahren sichergestellt ist; die Voraussetzungen hierfür sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2008 zu schaffen. Die Kassenärztliche Vereinigung gibt den Zeitpunkt in ihrem Mitteilungsblatt bekannt, ab dem das Verfahren nach Absatz 1 Satz 1 gilt.</p> <p>(5) Absatz 1 bis 4 gilt für Diagnostika entsprechend."</p>		
<p>48. Nach § 75 Abs. 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p> <p>„(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder dem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 314 Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Die Vergütung für die ärztlichen Leistungen ist in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu regeln. Die ärztlichen Leistungen sind mindestens so zu vergüten, wie die Er-</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung: Bei den Versicherten im sog. Basistarif handelt es sich um Privatversicherte. Einen allgemeinen „Sicherstellungsauftrag“ für Privatversicherte auf die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen, ist ein Systembruch. Gleiches gilt für die „Vertragsverhandlungen“ zwischen den KVen als Körperschaften öffentlichen Rechts und der Privaten Krankenversicherung. Entgegen den vorgesehenen Regelungen muss die PKV auch im Basistarif grundsätzlich frei bleiben, den Leistungsumfang durch Vertrag und die Beiträge nach bestehendem Kalkulationsrecht (unter Berücksichtigung bestimmter Vorgaben) selbst zu bestimm-</p>



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>satzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. Wird zwischen den Vertragsparteien keine Einigung über die Vergütung nach Satz 2 erzielt, sind die ärztlichen Leistungen so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten. In den Vereinbarungen nach Satz 2 sind für den Fall, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen durch die in diesem Absatz genannten Aufgaben Verwaltungskosten entstehen, Regelungen zur Erstattung dieser Kosten in angemessenem Umfang zu treffen. Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die nicht dem Verband der privaten Krankenversicherung angehören, können den Vereinbarungen nach Satz 2 beitreten.“</p> <p>...</p>		<p>men. Der Eingriff des Gesetzgebers in die Vertragshoheit der PKV ist auch verfassungsrechtlich nicht vorstellbar.</p>
<p>"§ 77a Dienstleistungsgesellschaften</p> <p>(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 2 aufgeführten Aufgaben Gesellschaften gründen.</p> <p>(2) Gesellschaften nach Absatz 1 können gegenüber vertragsärztlichen Leistungserbringern folgende Aufgaben erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beratung beim Abschluss von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,</li> <li>2. Beratung in Fragen der Datenverarbeitung, der Datensicherung und des Datenschutzes,</li> <li>3. Beratung in allgemeinen wirtschaftlichen Fragen, die die Vertragsarztstätigkeit betreffen,</li> <li>4. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträ-</li> </ol>	<p>ÄNDERN</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vertragsabwicklung für Vertragspartner von Verträgen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen,</li> <li>2. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze.</li> </ol>	<p>Begründung: Die Erfüllung der unter 1. bis 3. genannten Aufgaben obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute. Grundsätzlich bestehen erhebliche rechtliche Bedenken, ob die Gründung privatrechtlicher Vereinigungen durch Körperschaften mit Pflichtmitgliedschaft zulässig ist. Verfassungsrechtlich wird dies – soweit es die gesetz-</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>gen, die die Versorgung von Versicherten mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen, 5. Übernahme von Verwaltungsaufgaben für Praxisnetze.</p> <p>(3) Gesellschaften nach Absatz 1 dürfen nur gegen Kostenersatz tätig werden. Eine Finanzierung aus Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ist ausgeschlossen." ...</p>		<p>lich begründbaren Aufgaben einer solchen Körperschaft übersteigt – als unzulässiger Eingriff in Art. 2 und Art. 12 GG gesehen. Darüber hinaus ist auch europa- und wettbewerbsrechtlich umstritten, ob und wie weit die Befugnis geht, öffentliche Aufgaben in privater Rechtsform zu erbringen. Schlüssig wäre eher, die Aufgaben der Kven zu „privatisieren“ und die Körperschaft KV insgesamt in eine Dienstleistungsgesellschaft umzuwandeln.</p>
<p>53. § 84 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 werden die Wörter "Verbände der" gestrichen.</p> <p>bb) In Satz 2 Nr. 2 werden nach dem Wort "Maßnahmen" ein Komma und die Wörter "auch zur Verordnung wirtschaftlicher Einzelmengen" eingefügt.</p> <p>cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst: "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen teilen das nach Satz 2 Nr. 1 vereinbarte oder scheidensamtlich festgelegte Ausgabenvolumen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit."</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>dd) Folgender Satz wird angefügt:  "Die Krankenkasse kann mit Ärzten abweichende oder über die Regelungen nach Satz 2 hinausgehende Vereinbarungen treffen."</p>	<p>ee) Folgender Satz wird angefügt  „Die in § 129 Absatz 5 SGB V genannten Verbände der Apotheker können an der Vereinbarung nach § 84 Absatz 1 Satz 1 beteiligt werden.“</p>	<p>Begründung:  Die neue Regelung, nach der Ärzte für den Fall, dass sie Arzneimittel verordnen, für die ein Herstellerrabattvertrag nach § 130a SGB V besteht, insoweit nicht mit einem Malus belegt werden können, ist sinnvoll. Die Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen werden dadurch unterstützt. Dieser Ansatz sollte aber noch weiter ausgebaut werden. Die Apotheken können bei der Auswahl von Arzneimitteln zur Erreichung konkreter Wirtschaftlichkeitsziele einen erheblichen zusätzlichen Beitrag leisten. Der Gesetzentwurf sieht dazu unter anderem bereits vor, dass entsprechende Zielvereinbarungen getroffen werden können (§ 129 Absatz 5 letzter Satz des Gesetzentwurfs). Es bietet sich deshalb an, die Auswahlregelungen für die Apotheken mit den Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 SGB V auf Landesebene miteinander zu verknüpfen. Daher sollte den Landesapothekerverbänden nach § 129 Absatz 5 SGB V die Möglichkeit zu geben, gemeinsam mit den Partnern der Vereinbarung nach § 84 Absatz 1 SGB V unterstützende Regelungen zu treffen. Dazu sollte in § 84 Absatz 1 SGB V festgelegt werden, dass die in § 129 Absatz 5 SGB V genannten Verbände der Apotheker an der Vereinbarung nach</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>b) Dem Absatz 4a wird folgender Satz angefügt:  "Eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Absatz 7a findet für einen Vertragsarzt keine Anwendung, soweit er zu Lasten der Krankenkasse Arzneimittel verordnet, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht; das Nähere ist in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 3 zu regeln."</p> <p>c) In Absatz 4b werden nach dem Wort "Krankenkassenverbände" die Wörter "sowie der Ersatzkassen, soweit sie Vertragspartei nach Absatz 1 sind" eingefügt.</p> <p>d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:  „Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten kassenartenübergreifend zusammenführt und jeweils der Kassenärztlichen Vereinigung übermittelt, der die Ärzte, welche die Ausgaben veranlassen, angehören; zugleich übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Daten den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, die Vertragspartner der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1 sind.“</p> <p>...</p>		<p>§ 84 Absatz 1 Satz 1 beteiligt werden können.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>61. Dem § 91 wird folgender Absatz 11 angefügt:</p> <p>"(11) Für die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 1. Januar 2008 kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln insbesondere zu Stellung, Funktion und Vergütung der ab diesem Zeitpunkt vorgesehenen hauptamtlichen Mitglieder im neu gestalteten Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme."</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung: Mit der Einfügung dieser Regelung würde die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen gänzlich in Frage gestellt; künftig wäre das Bundesministerium für Gesundheit Herr des Verfahrens und könnte Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses massiv beeinflussen. Die Unabhängigkeit des – verfassungsrechtlich ohnehin strittigen – Organs ist mit der vorgesehnen Regelung nicht mehr gewährleistet, soweit das zuständige Bundesministerium über „Stellung, Funktion (!) und Vergütung“ alleine entscheidet.</p>
<p>62. § 92 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst: „§ 92 "Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses"</p> <p>b) In Absatz 1 Satz 2 werden nach Nummer 12 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern 13 und 14 angefügt:</p> <p>"13. Qualitätssicherung, 14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung."</p> <p>c) In Absatz 1a Satz 5 werden die Wörter "und je einem der Vertreter der Zahnärzte und Krankenkassen" durch</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>die Wörter "und je einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmten Vertreter" ersetzt.</p> <p>d) In Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort "Apothekenabgabepreis" die Wörter "unter Berücksichtigung der Rabatte nach § 130a Abs. 1 und 3b" eingefügt.</p> <p>e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 werden nach Nummer 2 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 3 angefügt: "3. Einzelheiten zum Verfahren und zur Durchführung von Auswertungen der Aufzeichnungen sowie der Evaluation der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten."</p> <p>bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben. ...</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 2 wird das Wort "Er" durch das Wort "Es" ersetzt.</p> <p>bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 eingefügt: "Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung einer Richtlinie kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen."</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung: Die Unabhängigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses würde durch diese Regelung ausgehebelt, die Selbstverwaltung quasi verstaatlicht. Eine solch weitgehende Regelung ist durch die Eckpunkte zur Gesundheitsreform vom 4. 7. 2006 nicht gedeckt.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
....	<p>NEU  § 95 Abs. 7 Satz 3 und Satz 7 werden gestrichen. (Dann sind Folgeänderungen in § 103 Abs. 4 Satz 1 und in der ZV/ZV-Z § 28 Abs. 1 erforderlich.)</p>	<p>Im VÄndG ist nicht berücksichtigt worden, dass die Zulassungsaltersgrenze von 68 Jahren generell aufgehoben werden muss. § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V enthält den Grundsatz, dass die Zulassung eines Vertragsarztes/-zahnarztes am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem er sein 68. Lebensjahr vollendet. § 95 Abs. 7 Satz 7 SGB V bestimmt nun ebenfalls, dass die Anstellung von Ärzten/Zahnärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum am Ende des Kalendervierteljahres endet, in dem diese ihr 68. Lebensjahr vollenden. In den Sätzen 8 und 9 des Absatzes 7 wird bestimmt, dass der in § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V enthaltene Grundsatz dann nicht gilt, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine eingetretene oder unmittelbar drohende Unterversorgung festgestellt hat. Gleiches gilt auch für den angestellten Arzt/Zahnarzt in einem medizinischen Versorgungszentrum. Die Altersgrenze von 68 Jahren ist für die vertragsärztliche/-zahnärztliche Versorgung eine sachlich nicht gerechtfertigte Einschränkung. Sie bedeutet eine Einschränkung der Berufswahlfreiheit der betroffenen Ärzte/Zahnärzte. Diese Altersgrenze muss generell aufgehoben werden. Im Übrigen erscheint fraglich, ob die Beibehaltung der Altersbegrenzung noch in Ein-</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		klang mit der europäischen Antidiskriminierungsrichtlinie und deren (noch ausstehender) Umsetzung in deutsches Recht steht.
<p>92. § 126 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 126 Versorgung durch Vertragspartner (1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab. (2) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 bleiben Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügen, bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt. (3) Für nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, gelten die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend."</p>	STREICHEN	<p>Die Neuordnung der Hilfsmittelversorgung ist in der vorgesehenen Art und Weise insgesamt abzulehnen. Siehe Anmerkungen zu Ziffer 17. Unabhängig ist das in § 126 Abs. 1 S. 1 SGB V vorgesehene Verbot der Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte für Leistungserbringer, die sich nicht auf Verträge nach § 127 Abs. 1 bis 3 SGB V stützen können, verfassungswidrig ist. Es muss den Versicherten erlaubt bleiben, Hilfsmittel auf eigene Kosten von den Leistungserbringern zu erwerben. Die Regelung ist deshalb auf die Abgabe zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zu beschränken.</p>
<p>93. § 127 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 127 Verträge (1) Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Krankenkassen-</p>	STREICHEN	<p>Begründung Die dem Gesetzentwurf zugrunde liegende Annahme, wesentliche Teile der Hilfsmittelversorgung könnten über Verträge mit einzelnen Leistungserbringern nach voran-</p>



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>sen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei sind die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten.</p> <p>(2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen.</p> <p>(3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen.</p> <p>In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und § 33 Abs. 6 Satz 3 gilt Satz 1 entsprechend.</p> <p>(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1, 2</p>		<p>gegangener Ausschreibung sichergestellt werden, geht an der Realität vorbei. Solche Einzelverträge werden sich allenfalls in einzelnen Produktbereichen und auch nur für bestimmte Regionen mit einer hohen Bevölkerungsdichte realisieren lassen. Die Leistungserbringer, die bei diesen Einzelverträgen nicht zum Zuge gekommen sind, werden wirtschaftlich nicht in der Lage sein, die Lücken zu schließen, die von den Verträgen in regionaler Hinsicht, aber auch bei den einzelnen Produkten hinterlassen werden. In diesen Bereichen wird deshalb die Versorgung der Versicherten gefährdet. Zudem wird das ungeordnete Nebeneinander von Einzelverträgen zwischen Krankenkasse, deren Verbänden oder Arbeitsgemeinschaften, Einzel- und Kollektivverträgen ohne Ausschreibungen und zusätzlichen Verträgen zur Schließung von auftretenden Lücken zugunsten einzelner Versicherter für den Versicherten zu einer aufwändigen Suche nach geeigneten Leistungserbringern führen. Die Krankenkassen werden nicht mehr in der Lage sein, die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln im Wege der Sachleistung effizient zu organisieren.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>und 3 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden.</p> <p>(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen."</p>		
<p>95. § 129 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>		
<p>aa) In Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort "maßgeblicher" ein Komma und die Wörter "höchst zulässiger" eingefügt.</p>	STREICHEN	Begründung: Folgeänderung einer Höchstzuschlagsregelung
<p>bb) In Satz 2 wird das Wort "preisgünstigeres" gestrichen.</p>		
<p>cc) Folgende Sätze werden angefügt:</p> <p>"Dabei ist die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht, soweit hierzu in Verträgen nach Absatz 5 nichts anderes vereinbart ist. Besteht keine entsprechende Vereinbarung nach § 130a Abs. 8, hat die Apotheke die Ersetzung durch ein preisgünstigeres Arzneimittel nach Maßgabe des Rahmenvertrags vorzunehmen."</p>	<p>cc) Folgende Sätze werden angefügt:</p> <p>"Dabei ist die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel vorzunehmen, für das eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 mit Wirkung für die Krankenkasse besteht <b>und deren Inhalt den lieferverpflichteten Apotheken durch die vertragsschließenden Krankenkassen bekannt gegeben worden ist</b>, soweit hierzu in Verträgen nach Absatz 5 nichts anderes vereinbart ist. Besteht keine entsprechende Vereinbarung nach § 130a Abs. 8, hat die Apotheke die Ersetzung durch ein preisgünstigeres Arzneimittel nach Maßgabe des Rahmenvertrags vorzunehmen."</p>	<p>Begründung</p> <p>Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Ersetzung des verordneten Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel immer nur mit solchen Arzneimitteln erfolgen darf und erfolgen muss, für die eine Vereinbarung nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht. Eine Ausnahme soll nur möglich sein, wenn in den Arznelieferungsverträgen auf Landesebene Abweichendes vereinbart ist. Diese Öffnung für speziellere Regelungen auf Landesebene ist zu begrüßen. Sie ist auch zwingend erforderlich, um die Arzneimittelauswahl unter wirtschaftli-</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>chen und praktischen Gesichtspunkten weiter zu optimieren zu können. Ergänzend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass den Apotheken Bestand und Inhalt der Rabattvereinbarung nach § 130a Absatz 8 Satz 1 SGB V nach derzeitigem Recht nicht bekannt sein können. Wenn gesetzliche Auswahlverpflichtungen auf diese Verträge abstellen, müssen den Apotheken vergleichbar den Regelungen in den Fällen des § 31 Absatz 2 und 3 SGB V die erforderlichen Angaben übermittelt werden.</p>
<p>b) In Absatz 2 werden die Wörter "Die Spitzenverbände" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund" ersetzt.</p>	<p>Absatz 2 wird durch folgenden Satz ergänzt          „Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln ist so zu regeln, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Versicherten in der fachlich gebotenen Qualität sichergestellt wird. Die Unabhängigkeit des Apothekenleiters und der unter seiner Verantwortung handelnden Apotheker bei der Information und Beratung der Versicherten darf durch den Rahmenvertrag nach Satz 1 nicht beeinträchtigt werden. Der Rahmenvertrag kann auch Regelungen zu weiteren pharmazeutischen Dienstleistungen enthalten.“</p> <p>Absatz 2 Satz 2 und 3 und Absatz 3 gelten entsprechend.</p>	<p>Begründung          Die „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ und in ihrer Folge der vorliegende Gesetzentwurf sehen im Bereich der Arzneimittelversorgung eine Vielzahl von Maßnahmen vor, die sich in erster Linie damit befassen, wie die den Krankenkassen entstehenden Kosten reduziert werden können. Auch die bestehenden gesetzlichen Regelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung zielen in der Arzneimittelversorgung ganz überwiegend auf Kosteneinsparungen ab (Beispiel: Pflichten zur Abgabe preisgünstiger Arzneimittel nach § 129 Abs. 1 SGB V).          Es ist angesichts der Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen ohne Frage erforderlich und sinnvoll, dass gesetzliche Zielvorgaben gemacht werden, mit denen die Abgabe preisgünstiger Arzneimittel gefördert wird. Die derzeitige einseitige Ausrichtung</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>der gesetzlichen Bestimmungen auf Kostensenkung muss aber im Interesse der Versicherten zugunsten einer ausgewogenen Berücksichtigung sowohl finanzieller als auch qualitativer Aspekte der Versorgung verändert werden. Dies kann durch Ergänzung der vorhandenen Regelungen erreicht werden, indem die Qualität der Arzneimittelversorgung bei den Verträgen auf Bundes- und Landesebene zu berücksichtigen und die Erbringung pharmazeutischer Dienstleistungen als Vertragsgegenstand vorgesehen wird. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass den Apotheken eine hinreichende ökonomische Basis verbleibt, um diesen Qualitätsanforderungen gerecht werden zu können.</p>
<p>c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 werden die Wörter "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen" durch die Wörter "Die Krankenkassen oder ihre Verbände" ersetzt.</p>	<p>STREICHEN Satz 1</p>	<p><b>Begründung</b>  Der Gesetzentwurf wirft Höchstzuschläge und kassenindividuelle Höchstpreise durcheinander. Die Mechanismen des § 130a (8) ermöglichen kassenindividuelle Höchstpreise, wie sie auch im Eckpunktepapier gewollt sind. Höchstzuschläge auf Apothekenebene konterkarieren die Effektivität dieser Mechanismen bis zur Unkenntlichkeit. So kann eine Apotheke aus willkürlichen Gründen beliebig steuernd in Verträge der Industrie und der Kassen nach § 130a Abs. 8 eingreifen, wenn parallel zu diesen Margenverzicht möglich ist. Damit werden</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		sämtliche Regulierungsmechanismen der Arzneimittelausgabensteuerung ad absurdum geführt.
<p>bb) Folgende Sätze werden angefügt:</p> <p>"Die Apotheke kann nach Satz 1 vereinbarte Preise unterschreiten. Dies gilt auch für Rezeptur Arzneimittel, deren Preise aufgrund von Vorschriften des Arzneimittelgesetzes als Höchstpreise vereinbart sind. Die Versorgung mit Arzneimitteln, die von Ärzten in der Arztpraxis während der Behandlung angewendet werden, kann von der Krankenkasse ausschließlich durch Verträge mit einzelnen Apotheken, für Arzneimittel, die direkt von anderen Stellen bezogen werden können, auch mit diesen Stellen sichergestellt werden; dabei können auch die Preise vereinbart werden. In dem Vertrag nach Satz 1 kann abweichend vom Rahmenvertrag nach Absatz 2 vereinbart werden, dass die Apotheke die Ersetzung wirkstoffgleicher Arzneimittel so vorzunehmen hat, dass der Krankenkasse Kosten nur in Höhe eines zu vereinbarenden durchschnittlichen Betrags je Arzneimittel entstehen."</p>		
<p>d) In Absatz 5a wird nach der Angabe "300" das Wort "höchstens" eingefügt.</p>	STREICHEN	<p>Begründung</p> <p>Die Eröffnung der Möglichkeit, apothekenindividuell auch im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden, von den nach der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung maßgeblichen Arzneimittelabgabepreisen abzuweichen, ist abzulehnen.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>e) Nach Absatz 5b wird folgender Absatz 5c eingefügt:</p> <p>"(5c) Apotheken können bei der Abgabe von Arzneimitteln auf die Erhebung von Beträgen von Versicherten nach § 31 Abs. 2 und 3 teilweise verzichten. Die Abrechnung mit der Krankenkasse bleibt hiervon unberührt."</p>	STREICHEN	<p>Begründung</p> <p>Der Zuzahlungsverzicht für einzelne Arzneimittel führt dazu, dass nicht mehr der Preis des Arzneimittels, sondern die Höhe des Zuzahlungsverzichts steuernde Wirkung entfaltet. Folge wird sein, dass wegen des Wegfalls der steuernden Wirkung der Zuzahlung mehr und teurere Arzneimittel abgegeben werden. Der Versicherte wird dann zwar entlastet, die Krankenkasse muss aber die Mehrbelastungen wegen des von ihr zu übernehmenden Abgabepreises des Arzneimittels (abzüglich Zuzahlung) tragen. Somit werden letztlich zu Lasten der Versichertengemeinschaft Zuzahlungsbefreiungen als Wettbewerbsinstrument missbraucht.</p>
<p>f) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter "den Spitzenverbänden" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund" ersetzt.</p> <p>g) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund" ersetzt.</p>		
		<p>ALLGEMEIN:  <b>§ 129 Absatz 5 Satz 4 SGB V</b> in der Fassung des Entwurfs sieht vor, dass die Apotheken die Preise unterschreiten können,</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>die in den Arzneilieferungsverträgen nach § 129 Absatz 5 SGB V auf Landesebene vereinbart wurden. Dies soll nach Satz 4 dieser Vorschrift auch für Rezepturarzneimittel gelten. Ungeachtet der Tatsache, dass die Flexibilisierung der Arzneimittelabgabepreise durch Preisabschläge aufgrund von Rabattverträgen mit Herstellern eine sinnvolle Höchstpreismechanik darstellen kann, sind Preisabweichungen von vereinbarten Vertragspreisen abzulehnen, weil sie mit einem Vertragssystem, das die Arzneimittelversorgung der Versicherten auf Landes- und Bundesebene flächendeckend und wirtschaftlich organisiert, nicht kompatibel sind. Sie würden auch den Wettbewerb unter den Krankenkassen verfälschen, weil sich einzelne Krankenkassen unabhängig von der Qualität ihrer Leistungen allein durch ihre Größe und die Zahl der von ihr vertretenen Versicherten Vorteile im Wettbewerb verschaffen könnten, die von kleineren Krankenkassen ausgeglichen werden müssten. Zu der generellen Problematik von Höchstpreisen haben wir bereits oben unter A.I. Stellung genommen.</p> <p>Nach <b>§ 129 Absatz 5 Satz 5 SGB V</b> in der Fassung des Entwurfs soll die einzelne Krankenkasse die Versorgung von Ärzten mit Sprechstundenbedarf einzelnen Apotheken zuweisen dürfen. Es ist objektiv keine Notwendigkeit erkennbar, warum an dieser Stelle integrationsfördernde Mechanismen insbesondere in der flächendecken-</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>den Versorgung ohne weiteren Sinn zerstört werden müssen, nur um den Anliegen der Bündelung von Nachfrage nachzukommen. Dies ist viel leichter durch eine Verpflichtung der Vertragspartner der bisherigen Vereinbarungen zur Umsetzung bestimmter Wirtschaftlichkeitsziele in der Sprechstundenbedarfsversorgung zu erreichen. Damit tritt die Krankenkasse als Nachfrager von Sprechstundenbedarf an die Stelle der einzelnen Ärzte. Mit der so gebündelten Nachfragemacht erhalten die Krankenkassen eine Position, die den Wettbewerb in diesem Bereich zerstören wird. Faktisch wird damit die Versorgung mit Sprechstundenbedarf auf einzelne Versandapotheken konzentriert. Es zu erwarten, dass die gewollte flächendeckende Integration von Ärzten und Apothekern durch Wegfall der Akut- und Bedarfsversorgung und die qualifizierte Beratung der Ärzte beim Bezug von Arzneimitteln unter diesen Bedingungen nicht mehr gewährleistet werden kann.</p>
<p>96. § 130 Abs. 1 wird wie folgt geändert:</p>		
<p>a) In Satz 1 werden nach dem Wort "maßgeblichen" ein Komma und die Wörter "höchstens zulässigen" eingefügt.</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung</p> <p>Die Regelung des <b>§ 130 Abs. 1 Satz 2</b>, wonach Apotheken individuell auf Teile der Vergütung, wie sie sich aus der Arzneimittelpreisverordnung bzw. aus § 129 Absatz 5a SGB V ergibt, verzichten kön-</p>



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>nen, ist abzulehnen. Der Gesetzentwurf sieht ferner vor, dass der Apothekenabschlag nach <b>§ 130 Absatz 1 Satz 3 SGB V</b> beginnend mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009 jährlich angepasst wird. Diese Regelung widerspricht dem Grundgedanken der Arzneimittelpreisverordnung, nach der eine nahezu vollständig preisunabhängige Vergütung pro abgegebener Packung festgelegt ist, welche die im Zusammenhang mit der Arzneimittelabgabe erbrachten Leistungen honoriert. Diese sinnvolle und bewährte Regelung würde durch die in § 130 Absatz 1 SGB V nunmehr vorgesehene nachträgliche Korrektur ausgehebelt. Im Ergebnis würde diese Regelung zu einer Budgetierung der Apothekervergütung führen. Dies wäre aber nicht sachgerecht, weil der erforderliche Vergütungsumfang gerade auch von der Packungsmenge in hohem Maße abhängig ist.</p> <p>Darüber hinaus ist die Regelung auch mit erheblichen Rechtsunsicherheiten belastet. Wie die Erfahrung mit der bereits früher vorhandenen vergleichbaren gesetzlichen Regelung, die zu Recht gestrichen wurde, zeigen, ist bereits eine Einigung über die zutreffende Datenbasis in der Praxis kaum erzielbar. Außerdem ist der Begriff der leistungsgerechten Gesamtvergütung für die Apotheken gesetzlich nicht hinreichend genau definiert.</p> <p>Zudem ist an keiner Stelle eine Vertrags-</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>pflicht für Industrieunternehmen, Kassen und Apotheken verankert. Somit wären die Apotheken willkürlichem Handeln Dritter ausgesetzt. Die Regelung ist deshalb abzulehnen und sollte ersatzlos entfallen.</p> <p>Nach § 130 Absatz 1 Satz 4 SGB V des Gesetzentwurfs sollen die Apotheken einen Garantiebtrag von 500 Millionen Euro leisten, der nur vermieden werden kann, wenn durch Vereinbarungen mit den Krankenkassen und Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen eine Einsparung in gleicher Größenordnung erreicht wird. Diese Regelung ist völlig unangemessen und stellt eine unverhältnismäßige Belastung der Apotheken dar, für die es keine hinreichende verfassungsrechtliche Grundlage gibt. Wir schlagen vor, diese Regelung ersatzlos zu streichen.</p>
<p>b) Folgende Sätze werden angefügt:</p> <p>"Die Apotheke kann bei der Abrechnung von Fertigarzneimitteln mit der Krankenkasse auf die Berechnung von Handelszuschlägen, die durch die Preisvorschriften aufgrund des Arzneimittelgesetzes oder dieses Buches bestimmt sind, teilweise verzichten. Der Abschlag nach Satz 1, erster Halbsatz ist erstmalig mit Wirkung für das Kalenderjahr 2009 von den Vertragspartnern in der Vereinbarung nach § 129 Abs. 2 so anzupassen, dass die Summe der Vergütungen der Apotheken für die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel leistungsgerecht</p>	STREICHEN	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>ist unter Berücksichtigung von Art und Umfang der Leistungen und der Kosten der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Bei der Anpassung im Jahre 2009 soll der Abschlag einmalig entsprechend erhöht werden, wenn durch Vereinbarungen nach § 129 sowie nach § 130a Abs. 8 nicht eine Einsparung von mindestens 500 Mio Euro in den ersten zwölf Monaten nach dem (...Datum des Inkrafttretens) erreicht worden ist."</p>		
<p>97. § 130a wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In der Überschrift wird das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmer" ersetzt.</p> <p>b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird das Wort "Herstellerabgabepreises" durch die Wörter "Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.</p> <p>bb) In Satz 2 und 3 wird jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmer" ersetzt.</p> <p>c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort "Herstellerabgabepreises" durch die Wörter "Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.</p> <p>d) Absatz 3a wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird das Wort "Herstellerabgabepreis" durch die Wörter "Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.</p> <p>bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst:</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>"Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen".</p> <p>e) In Absatz 3b Satz 1 und Satz 2 wird jeweils das Wort "Herstellerabgabepreises" durch die Wörter "Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.</p> <p>f) In Absatz 5 Satz 1 und Satz 2 wird jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmern" ersetzt.</p> <p>g) In Absatz 6 Satz 1, 3 und 4 wird jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmer" ersetzt.</p> <p>h) In Absatz 7 Satz 2 wird das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmern" ersetzt.</p> <p>i) Absatz 8 wird wie folgt geändert:</p>	<p>Abs. 3 b STREICHEN</p>	<p>Begründung:</p> <p>Die Regelung, auf patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel einen 10prozentigen Abschlag zu erheben und gleichzeitig die Befreiung des Arzneimittels vom Abschlag in Aussicht zu stellen, wenn der Preis mindestens 30 Prozent unter Festbetragslinie liegt und für die GKV dadurch Einsparungen zu erzielt werden, zeigt bereits in der kurzen Zeit ihrer Gültigkeit Tendenzen, das Anbieterspektrum dieses Marktes zu zerstören. Insbesondere mittelständische Unternehmen mit Portfolios, die keine Mischkalkulation zulassen, werden von den wenigen großen Anbietern aus dem Markt gedrängt. Die Regelung greift also massiv in den Wettbewerb ein. Um die Erosion des Anbieterspektrums und die Entstehung von Oligopolen zu verhindern, sollte diese Regelung gestrichen werden.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>aa) In Satz 1 und 3 wird jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmern" ersetzt.</p> <p>bb) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:</p> <p>"Hat die Krankenkasse keine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen, kann die Apotheke die Vereinbarung treffen und hat dies der Krankenkasse mitzuteilen. Vereinbarte Rabatte sind an die Krankenkasse weiterzuleiten abzüglich eines Betrags in Höhe von 15 vom Hundert des Rabattbetrags, höchstens jedoch von 15 Euro je Packung, soweit mit der Krankenkasse nichts anderes vereinbart ist. Vereinbarungen, die nach diesem Absatz getroffen werden, sind auf Grund einer Ausschreibung abzuschließen."</p> <p>...</p>	<p>NEU:</p> <p>bb) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:</p> <p>"Hat die Krankenkasse keine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen, kann die maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Landesebene diese Vereinbarung treffen und hat dies der Krankenkasse mitzuteilen. Vereinbarte Rabatte sind an die Krankenkasse weiterzuleiten abzüglich eines Betrags in Höhe von 15 vom Hundert des Rabattbetrags, höchstens jedoch von 15 Euro je Packung, soweit mit der Krankenkasse nichts anderes vereinbart ist. Vereinbarungen, die nach diesem Absatz getroffen werden, sind auf Grund einer Ausschreibung abzuschließen. Von der Ausschreibung auszunehmen sind Solitärarzneimittel (z.B. Topica) und Arzneimittel, die nicht über Aut-Idem-Tranchen definiert sind. "</p>	<p>Durch die Ausnahme von Solitärarzneimitteln (z.B. Topica) und Arzneimittel, die nicht über Aut-Idem-Tranchen definiert sind, wird sichergestellt, dass nichtidentische Arzneimittel trotz gleichem Wirkstoffs nicht substituiert werden. Anderenfalls käme es zu einer nicht vertretbaren Einengung der erforderlichen Therapievielfalt.</p>
<p>106. § 135a Abs. 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Die Angabe "136a, 136b," wird gestrichen.</p> <p>b) In Nummer 1 werden nach dem Wort "Qualitätssicherung" die Wörter "unter Beachtung der Anforderungen nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2" eingefügt.</p> <p>c) Folgender Satz wird angefügt:</p> <p>"Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und</p>	<p>a) STREICHEN</p> <p>b) STREICHEN</p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>zugelassene Krankenhäuser haben der Institution nach § 137a Abs. 1 für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben die nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen."</p>		
<p>107. § 136 Abs. 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter "dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 zu beachten." angefügt.</p> <p>b) Satz 3 wird aufgehoben.</p>		
<p>108. § 136a wird aufgehoben.</p>	STREICHEN	
<p>109. § 136b wird aufgehoben.</p>	STREICHEN	
<p>110. § 137 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung</p> <p>(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13</p> <p>1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und</p> <p>2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger</p>	§ 137 komplett streichen	<p>Begründung: Die bisherige Regelung hat sich bewährt und sollte nicht erneut geändert werden.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>medizintechnischer Leistungen. Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschlüsse für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.</p> <p>(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen in Absatz 3 und 4 bleiben unberührt.</p> <p>(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser auch Beschlüsse über</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inhalt und Umfang der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten der Fachärzte sowie das Verfahren zum Nachweis ihrer Erfüllung,</li> <li>2. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,</li> <li>3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und</li> <li>4. Inhalt, Umfang und Datenformat eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 1 und 2 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeig-</li> </ol>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>neten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.</p> <p>Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden.</p> <p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Satz 1 Nr. 2 bestimmen, bei denen die Anwendung von Satz 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte; sie entscheidet auf Antrag des Krankenhauses bei diesen Leistungen über die Nichtanwendung von Satz 2. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 4 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach Nummer 1 bis 4 zu beteiligen. Die Beschlüsse sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten.</p> <p>Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Richtlinien nach Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.</p>		



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen."</p>		
<p>111. Nach § 137 wird folgender § 137a eingefügt:</p> <p>"§ 137 a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität</p> <p>(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauf-</p>	<p><b>ÄNDERUNG</b></p> <p>111. Nach § 137 wird folgender § 137a eingefügt:</p> <p>"§ 137 a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität</p> <p>(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91</p>	<p>Begründung:</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>tragt nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137 f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln, die möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind. Dieser Institution soll auch die Aufgabe übertragen werden, sich an der Durchführung der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Bereits existierende Einrichtungen sollen genutzt und, soweit erforderlich, in ihrer Organisationsform den in Satz 1 und 2 genannten Aufgaben angepasst werden.</p> <p>(2) Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,</li> <li>2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,</li> <li>3. sich an der Durchführung der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen</li> </ol> <p>sowie</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Institution in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.</li> </ol> <p>In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 mitwirken, haben diese der Institution nach Absatz 1 die für die</p>	<p>kann nach öffentlicher Ausschreibung eine fachlich unabhängige Institution beauftragen, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137 f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln, die in diesem Fall möglichst sektorenübergreifend anzulegen sind.</p> <p>(2) Die Institution <b>kann</b> insbesondere beauftragt werden...</p> <p>.....</p>	<p>Die Notwendigkeit der Beauftragung der hier vorgesehenen Institute ist nicht belegt; zu befürchten ist vielmehr, dass hier eine weitere Organisations- und Entscheidungsebene entsteht. Qualitätssicherung gehört in die Hand der Verantwortlichen und sollte nicht zur Spielwiese dienen.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Die Institution hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt.</p> <p>(3) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 2 sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu beteiligen.</p> <p>(4) Für die Erfüllung der Aufgaben erhält die Institution vom Gemeinsamen Bundesausschuss eine leistungsbezogene Vergütung. Die Institution kann auch im Auftrag anderer Institutionen gegen Kostenbeteiligung Aufgaben nach Absatz 2 wahrnehmen."</p> <p>...</p>		
<p>117. § 139a wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Nummer 5 werden nach dem Wort "Nutzens" die Wörter "und der Kosten" eingefügt.</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung: Es ist derzeit keine wissenschaftliche Me-</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>bb) In Nummer 6 wird der Punkt gestrichen und folgende Wörter angefügt: "sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung."</p> <p>b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"(4) Das Institut hat zu gewährleisten, dass es seine Aufgaben auf Basis international üblicher und akzeptierter Standards der evidenzbasierten Medizin erfüllt. Es hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und –ergebnisse einschließlich der Grundlagen für die Entscheidungsfindung öffentlich zu berichten."</p> <p>c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"(5) Das Institut hat in allen wichtigen Abschnitten des Bewertungsverfahrens Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis, den Arzneimittelherstellern sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."</p> <p>...</p>		<p>thodik erkennbar, nach der eine Kosten-Nutzen-Berechnung erfolgen könnte.</p>
<p>119. § 140a Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>"Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen."</p> <p>b) Folgender Satz wird angefügt:</p> <p>"Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs. 8 erfolgen."</p>	<p>b) Folgender Satz wird angefügt:</p> <p>"Für die im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige <b>Arzneimittelversorgung sollen begleitende Verträge nach § 130a Abs. 8 unter Beteiligung der teilnehmenden Apotheken abgeschlossen werden.</b>"</p>	
<p>122. § 140f wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 2 werden die Wörter "von den Spitzenverbänden" durch die Wörter "von dem Spitzenverband Bund" ersetzt.</p> <p>bb) In Satz 4 wird die Angabe "nach § 91 Abs. 4 bis 7" durch die Angabe "nach § 56 Abs.1, § 92 Abs. 1 Satz 2, § 116b Abs. 4, § 136 Abs. 2 Satz 2 , §§ 137, 137a, 137b, 137c und 137f" ersetzt.</p> <p>b) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Angabe "§ 126 Abs. 2" wird durch die Angabe "§ 126 Abs. 1 Satz 3", die Angabe "§ 128" durch die Angabe "§ 139" und die Angabe "§§ 132a und 132b Abs. 2" durch die Angabe "§§ 132a, 132b Abs. 2 und § 132d Abs. 2" ersetzt.</p> <p>bb) Die Wörter "der Spitzenverbände" werden durch die</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>Wörter "des Spitzenverbandes Bund" ersetzt. ...</p>		
<p>129. § 171 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 1 wird die Angabe „1 bis 3“ durch die Angabe „1 bis 3 und 5“ ersetzt.</p> <p>b) Die Sätze 2 und 3 werden durch folgenden Satz ersetzt: „Reicht das Vermögen einer geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, gelten für die verbleibenden Verpflichtungen die Regelungen des Fünften Teils der Insolvenzordnung entsprechend.“</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung: Die Auswirkungen einer Insolvenzfähigkeit der Gesetzlichen Krankenkassen auf Patienten und Leistungserbringer ist bisher nicht hinreichend durchdacht.</p> <p>Die MIT weist aufs Schärfste Bestrebungen zurück, bei Fortbestehen des Sachleistungsprinzips unmittelbar in Insolvenzrisiken gedrängt zu werden. In einem Sachleistungssystem kann und darf es keine Weiterleitung der Haftung in Form eines Insolvenzrechtes der Kassen geben. Dies ist auch nicht durch eine Abstufung der Anspruchsrechte (erst Leistungserbringer, dann andere) „heilbar“.</p>
<p>195. § 291a wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:</p> <p>“(1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2</p>	<p>NEU:</p> <p>a) In Abs. 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:</p> <p>„Die elektronische Gesundheitskarte findet Anwendung bei der ambulanten und stationären ärztlichen Behandlungen. Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung beschränkt sich die Nutzung auf das Einlesen der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Informa-</p>	<p>Begründung: Die jetzt vorliegende Kosten-Nutzen-Analyse zeigt, dass bei der zahnärztlichen Behandlung keinerlei Vorteile durch den Einsatz der Gesundheitskarte zu erwarten ist. Die hohen Investitionskosten für die Telematik in der Zahnarztpraxis werden</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>sowie Absatz 3 bis 5, 6 und 8 entsprechend. Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten nach Satz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 nutzen. § 290 Abs. 1 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Abs. 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Abs. 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Kosten zur Bildung der Versichertennummer und, sofern die Vergabe einer Rentenversicherungsnummer erforderlich ist, zur Vergabe der Rentenversicherungsnummer tragen die Unternehmen der privaten Krankenversicherung.“</p>	<p>tionen.</p>	<p>durch die geplanten Refinanzierungsmodelle auch nicht annähernd kompensiert.</p>
	<p>NEU:  (1b) In Absatz 3 Satz 3 wird der Begriff „Zahnarzt“ gestrichen. In Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, der Bundeszahnärztekammer“ gestrichen.  (1c) In Absatz 4 Nr. 1 und Nr. 2 wird gestrichen:  aa) „b) Zahnärzte“</p>	
<p>b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.</p> <p>bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>eine Vereinbarung zur Finanzierung</p> <p>1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie</p> <p>2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur, einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die in den Absätzen 7a und 7b genannten Leistungssektoren, entstehen."</p> <p>cc) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt:</p> <p>"Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Januar 2008 an die Gesellschaft für Telematik jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Höhe des Betrages kann das Bundesministerium für Gesundheit entsprechend dem Mittelbedarf der Gesellschaft für Telematik und unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anpassen."</p> <p>dd) Der bisherige Satz 5 wird Satz 7 und wird wie folgt gefasst:</p> <p>"Die Kosten der Sätze 4 und 5 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 9."</p> <p>c) Absatz 7a wird wie folgt gefasst:</p> <p>"(7a) Die bei den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2 werden durch einen Zuschlag finanziert (Telema-</p>		



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>tikzuschlag). Der Zuschlag nach Satz 1 wird in der Rechnung des Krankenhauses jeweils gesondert ausgewiesen; er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder das Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Das Nähere zur Höhe und Erhebung des Zuschlags nach Satz 1 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in einer gesonderten Vereinbarung. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer Frist von zwei Monaten."</p> <p>d) Absatz 7b wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In den Sätzen 2 und 3 werden jeweils die Wörter "die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.</p> <p>bb) Satz 6 wird aufgehoben.</p> <p>e) Absatz 7c wird aufgehoben.</p> <p>f) Absatz 7d Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist als Grundlage der Vereinbarungen nach Absatz 7a Satz 3 sowie Absatz 7b Satz 2 und 3 zu Stande, trifft der Spitzenverband Bund</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>der Krankenkassen Vereinbarungen zur Finanzierung der den jeweiligen Leistungserbringern entstehenden Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 jeweils mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene."</p> <p>g) Absatz 7e wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird die Angabe "Absatz 7 Satz 4 Nr. 3" durch die Angabe "Absatz 7 Satz 4 Nr. 2" und die Angabe "§ 7a Satz 6" durch die Angabe § 7a Satz 3"ersetzt.</p> <p>bb) In Satz 3 werden die Wörter "den Spitzenverbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.</p> <p>cc) In Satz 7 wird die Angabe "Absatz 7 Satz 4 Nr. 3" durch die Angabe Absatz 7 Satz 4 Nr. 2" ersetzt.</p> <p>...</p>		
<p>203. In § 301 Abs. 3 werden die Wörter "vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam" durch die Wörter "vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.</p> <p>...</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
---------	---------------------	------------

<b>Artikel 2</b> <b>Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>Artikel 2</b> <b>Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	
<p>14. § 91 wird wie folgt gefasst:</p> <p>"§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss</p> <p>(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden einen Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.</p> <p>(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, drei gemeinsam von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten und drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sollen sich die Träger nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Trägern.</p> <p>Die von den Verbänden benannten Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Sie stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss und sind</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung: Die Regelung hebt die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen völlig aus, wobei die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschuss-</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig. Die Einsetzung der hauptamtlichen Mitglieder erfolgt durch den Vorsitzenden.</p> <p>(3) Für die Tragung der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 139c Abs. 1 entsprechend.</p> <p>Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten regeln insbesondere zu Stellung, Funktion und Vergütung der hauptamtlichen Mitglieder im Beschlussgremium, zur Organisation und zum Verfahren der Vorbereitung von Entscheidungen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor Erlass der Rechtsverordnung erhalten die Träger nach Absatz 1 Satz 1 sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme. Im Übrigen gilt § 90 Abs. 3 Satz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass vor Erlass der Rechtsverordnung außerdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft anzuhören ist.</p> <p>(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt 1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse sowie die Anforderungen an den Nachweis der fachlichen Unabhängigkeit von Sachverständigen und das Verfahren der Anhörung zu den</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>ses ohnehin verfassungsrechtlich umstritten ist.</p> <p>Begründung: Die Selbstverwaltung kann nicht durch das Bundesministerium für Gesundheit ausgeübt werden; die Verstaatlichung der Selbstverwaltung ist durch die Eckpunkte zur Gesundheitsreform vom 4. Juli nicht gedeckt.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>jeweiligen Richtlinien, insbesondere die Feststellung der anzuhörenden Stellen, die Art und Weise der Anhörung und deren Auswertung, regelt,</p> <p>2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Stellvertretung im Beschlussgremium und zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, trifft. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen. Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.</p> <p>(5) Bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte berührt, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 3 Satz 7 bleibt unberührt.</p> <p>(6) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedschaften sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.</p> <p>(7) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Arzneimittelversorgung und zur Qualitätssicherung sind</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich.</p> <p>(8) Die Aufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.</p> <p>(9) Die Träger bestellen den Vorsitzenden des Beschlussgremiums bis zum 31. Januar 2008. Der Vorsitzende setzt danach umgehend die Mitglieder des Beschlussgremiums sowie die weiteren unparteiischen Mitglieder ein. Die Bildung des Beschlussgremiums ist bis zum 31. März 2008 abzuschließen. Bis zur Bestellung des Vorsitzenden nimmt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung die Aufgaben des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses weiter wahr. Beschlüsse fasst der Gemeinsame Bundesausschuss bis zur Bestellung des Beschlussgremiums in der Besetzung der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Regelungen."</p> <p>...</p>	<p>Ändern</p> <p>(8) Die <b>Rechtsaufsicht</b> über den Gemeinsamen Bundesausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Zum Wesensgehalt der Selbstverwaltung zählt allein die Rechtsaufsicht; unter dem Gesichtspunkt der „Betroffenen-Verwaltung“ ist eine Fachaufsicht weder möglich (mangels Kompetenz) noch zulässig.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<b>Artikel 30</b> <b>Änderung des Arzneimittelgesetzes</b>	<b>Artikel 30</b> <b>Änderung des Arzneimittelgesetzes</b>	
<p>Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch ..... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:</p> <p>...</p>		
<p>3. In § 11 wird nach Absatz 6 folgender Absatz 7 angefügt:</p> <p>"(7) Aus Fertigarzneimitteln entnommene Teilmengen, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, dürfen nur zusammen mit einer Ausfertigung der für das Fertigarzneimittel vorgeschriebenen Packungsbeilage abgegeben werden. Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. Abweichend von Satz 1 müssen bei der im Rahmen einer Dauermedikation erfolgenden regelmäßigen Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen in neuen, patientenindividuell zusammengestellten Blistern Ausfertigungen der für die jeweiligen Fertigarzneimittel vorgeschriebenen Packungsbeilagen erst dann erneut beigefügt werden, wenn sich diese gegenüber den zuletzt beigefügten geändert haben."</p> <p>....</p>		<p><b>Bemerkung:</b></p> <p>Das Auseinzeln in patientenindividuelle Dosiersysteme ist nur unter bestimmten Voraussetzungen therapeutisch sinnvoll und wirtschaftlich. So muss unter anderem die Arzneimitteltherapie eine größere Zahl von Arzneimitteln umfassen und über einen längeren Zeitraum stabil sein, der Patient muss das jeweilige Dosiersystem bedienen können (industriell hergestellte Wochenblisters sind beispielsweise nicht für alle Patienten geeignet). Vor allem aber ist dieses Instrument nur dann wirtschaftlich, wenn bei dem Patienten ein Problem der Compliance besteht, das sich mit dem individuellen Dosiersystem beheben lässt. Diese Einzelheiten werden sinnvoller Weise zwischen den Vertragspartnern in der Arzneimittelversorgung geregelt, beispielsweise in Hausapothekenverträgen.</p> <p>Abzulehnen ist jedoch in jedem Fall die in § 11 Absatz 7 Satz 3 AMG vorgesehene Regelung, wonach von der Beifügung der</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>Packungsbeilage abgesehen werden kann, wenn im Rahmen einer Dauermedikation Teilmengen in patientenindividuell zusammengestellten Blistern abgegeben werden. Durch die Regelung würde die Arzneimittelsicherheit im Einzelfall massiv eingeschränkt. Der Patient muss in die Lage versetzt werden, jederzeit auf die Packungsbeilage zurückgreifen zu können. Dies ist nur gewährleistet, wenn die Packungsbeilage jeder Packung von Arzneimitteln beigefügt ist. Erfahrungsgemäß werden die Packungsbeilagen mit der leeren Packungseinheit jeweils entsorgt. Kaum ein Patient wird die bei der erstmaligen Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen einer Dauermedikation erhaltene Packungsbeilage getrennt von dieser Packungseinheit aufbewahren. Unabhängig davon ist auch die vorgesehene unterschiedliche gesetzliche Behandlung der Fälle der patientenindividuell zusammengestellten Blister und des „einfachen“ Auseinandernehmens im Rahmen einer Dauertherapie nicht nachvollziehbar.</p> <p>Soweit auf die neuen Vorschriften auch eine auf die Auseinzelung folgende Verblisterung in industriellem Umfang gestützt werden soll, ist dies ebenfalls abzulehnen. Eine auf die massenhafte Versorgung ausgerichtete industrielle Verblisterung ausgeeinzelter Arzneimittel ist mit erheblichen und unnötigen Mehrkosten verbunden. Diese Mehrkosten lassen</p>



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		sich auch nicht durch generische Substitution oder die Vermeidung von Arzneimittelresten gegenfinanzieren. Das belegen internationale Vergleiche sowie die ersten Modellergebnisse und Studien aus Deutschland.
<p>5. § 78 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Festzuschlag“ durch das Wort „Höchstzuschlag“ ersetzt.</p> <p>b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst: "Ein einheitlicher, höchstzulässiger Apothekenabgabepreis für Arzneimittel, die vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind, ist zu gewährleisten."</p> <p>c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:</p> <p>"(3) Für Arzneimittel nach Absatz 2 Satz 2 haben die pharmazeutischen Unternehmer als Grundlage zur Berechnung der höchstzulässigen Preise und Preisspannen einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen. Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen sowie deren jeweilige Verbände können mit pharmazeutischen Unternehmern für die zu ihren Lasten abgegebenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel Preisnachlässe auf den einheitlichen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers vereinbaren. Apotheken können mit der Vereinbarung von Preisnachlässen sowie mit deren Einzug beauftragt werden; dabei kann vereinbart werden, dass die Apotheke auf Verlangen einen Nachweis über die vereinbarten Preisnachlässe erbringt. Satz 1 bleibt unberührt."</p> <p>"(4) Bei Arzneimitteln, die im Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforder-</p>	STREICHEN	<p>Begründung:</p> <p>Höchstzuschläge, wie sie durch die Änderungen des § 78 AMG vorgeschlagen werden, sind abzulehnen. Wir schlagen deshalb vor, Artikel 22 Ziffer 5 ersatzlos zu streichen. An die Stelle dieser Regelung sollte eine kassenspezifische Flexibilisierung der Abgabepreise treten.</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>lich macht, durch Apotheken abgegeben werden und die zu diesem Zweck nach § 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3c bevorratet wurden, gilt als Grundlage für die nach Absatz 1 festzusetzenden Preise und Preisspannen der Länderabgabepreis. Entsprechendes gilt für Arzneimittel, die aus für diesen Zweck entsprechend bevorrateten Wirkstoffen in Apotheken hergestellt und in diesen Fällen durch Apotheken abgegeben werden. In diesen Fällen gilt Absatz 2 Satz 2 auf Länderebene.</p>		
<p align="center"><b>Artikel 32</b> <b>Änderung der Arzneimittelpreisverordnung</b></p>	<p align="center"><b>Artikel 32</b> <b>Änderung der Arzneimittelpreisverordnung</b></p>	
<p>Die Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ..), wird wie folgt geändert:</p>		
<p>1. § 1 Abs. 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Dem Satz 1 wird folgende Nummer 7 angefügt: "7. von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen, soweit deren Darreichungsform, Zusammensetzung und Stärke unverändert bleibt."</p> <p>b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt: "Im Fall von Satz 1 Nr. 7 können Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände das Verfahren für die Berechnung der höchstens zulässigen Apothekenabgabepreise für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel mit Apotheken oder deren Verbänden vereinbaren."</p>	<p>Ändern: „Im Fall von Satz 1 Nr. 7 können Sozialleistungsträger, private Krankenversicherungen oder deren Verbände das Verfahren für die Berechnung der höchstens zulässigen Apothekenabgabepreise für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel mit den Verbänden der Apotheken nach § 129 Abs. 5 SGB V vereinbaren.“</p>	<p>Begründung Es ist vorgesehen, die Preisberechnung für von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen vom Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung auszunehmen und Preisvereinbarungen zwischen Kostenträgern einerseits und Apotheken oder deren Verbänden andererseits zuzulassen. Individuelle Preisverhandlungen von Apotheken sind nicht zielführend. Es muss</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
		<p>flächendeckend dafür Sorge getragen werden, dass Preisvereinbarungen bestehen, die für beide Vertragsseiten interessengerecht sind und deshalb eine konsequente Umsetzung dieses Versorgungsansatzes unterstützen. Dies kann nur durch Verbandsverträge geschehen, die nicht durch einzelne Preisvereinbarungen konterkariert werden. An dem im Bereich der Rezepturen bewährten Regelungssystem sollte daher festgehalten werden.</p>
<p>3. Buchstaben a und b (§ 3 AMPPreisVO – Höchstpreise)</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Begründung:</p> <p>Höchstzuschläge, wie sie durch die Änderungen des § 78 AMG vorgeschlagen werden, sind unsinnig. An die Stelle dieser Regelung sollte die ausdrückliche Erlaubnis einer kassenspezifische Flexibilisierung der Abgabepreise treten.</p>
<p>4. (§§ 4 und 5 AMPPreisVO)</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Hier gilt ebenso, dass Höchstzuschläge sinnlos sind, kassenindividuelle Höchstpreise hingegen werden sollten</p>
<p><b>Artikel 43</b> <b>Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag</b></p>	<p><b>Artikel 43</b> <b>Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag</b></p>	
<p>Das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2004</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>(BGBI. I S. 3102), wird wie folgt geändert:</p> <p>...</p> <p>4. § 178f wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser</p> <p>1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung oder Anträge auf Wechsel in den Basistarif annimmt, wobei</p> <p>a) soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen kann; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen;</p> <p>b) bei einem Wechsel in den Basistarif des Versicherers die Alterungsrückstellung nur insoweit anzurechnen ist, wie sie sich auf die Leistungen dieses Tarifs bezieht;</p> <p>2. bei einer Kündigung des Vertrages und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Die für Bestandsversicherte nachträglich einzuführende Portabilität der Alterungsrückstellung verletzt das Recht der privaten Krankenversicherungsunternehmen, die Risiko- und Beitragskalkulation eigenverantwortlich vorzunehmen. Dieses Recht wird von der Wettbewerbs- und beruflich genutzte Vertragsfreiheit, die von der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG geschützt sind, mit umfasst. (So u. a. Sodann in „Staatsmedizin auf dem Prüfstand“, Deutsches Institut für Gesundheitsrecht, Berlin 2006, A III)</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>kann, bei einem anderen Krankenversicherer, die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, deren Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach Satz 1 und 2 kann nicht verzichtet werden."</p> <p>b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:</p> <p>„(3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.“</p> <p>5. § 178g Abs. 1 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:</p> <p>„Außer bei Verträgen im Basistarif nach § 12 Versicherungsaufsichtsgesetz kann der Versicherer mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss vereinbaren. Im Basistarif ist eine Risikoprüfung nur zulässig, soweit sie für Zwecke des Risikoausgleichs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist.“</p>		
<p align="center"><b>Artikel 44</b> <b>Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes</b></p>	<p align="center"><b>Artikel 44</b> <b>Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes</b></p>	
<p>Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der</p>		<p>Für Artikel 44 gilt insgesamt, dass der</p>

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 187 des Gesetzes vom 19. April 2006 (BGBl. I S. 866), wird wie folgt geändert:</p>		<p>Bund keine Gesetzgebungskompetenz für Vorgaben zur Kalkulation und zu Leistungsinhalten eines sog. Basistarifs in der Privaten Krankenversicherung hat. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG scheidet als Kompetenznorm aus, weil es hier nicht um die Sozialversicherung geht.</p> <p>Dieselben Bedenken gelten im Hinblick auf Artikel 45 des Gesetzentwurfs (Änderung der Kalkulationsverordnung)</p>
<p>1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert: ...</p> <p>c) Nach der Angabe zu § 11e wird folgende Überschrift eingefügt: „2. Krankenversicherung“</p>		
<p>4. Nach § 11e wird folgende Überschrift eingefügt: „2. Krankenversicherung“</p>		
<p>5. § 12 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Absatz 1 Nr. 4 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt: „5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinn des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist.“</p>		

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:            „(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige, vorsehen, bei denen die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt sind. Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.“</p>	<p>STREICHEN</p>	<p>Die im Bereich der Nichtversicherten für die PKV vorgesehenen Regelungen bedeuten einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Vertragsfreiheit und sind daher verfassungswidrig</p>
<p>(1b) Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet,            1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten            a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes            b) innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,</p>	<p>STREICHEN</p>	

Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und auch nicht unter Nummer 1 fallen, und die nicht bereits eine private Krankenvollversicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen besitzen,</p> <p>3. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die bereits eine private Krankenvollversicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen besitzen, Versicherung im Basis-tarif zu gewähren. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherungsunternehmen versichert war und das Versicherungsunternehmen</p> <p>1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder</p> <p>2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 16 in Verbindung mit § 178k des Gesetzes über den Versicherungsvertrag).</p>		
<p>(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 2</p>	STREICHEN	<p>Dass Bestandsversicherte der PKV mit ihren Beiträgen den neuen Basistarif zu subventionieren haben, ist ein verfassungswidriger Eingriff in bestehende Verträge und ein zudem nicht zulässiger Eingriff in die Unternehmensfreiheit (Gutachten Prof. Thüsing, Prof. Kämmerer)</p>



Entwurf	Änderungsvorschläge	Begründung
<p>Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 3 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang gemäß § 26 Abs. 3 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch, sofern dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, zahlt der zuständige Träger den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.</p>		
<p>(1d) Der Verband der privaten Krankenversicherung legt auf der Grundlage der Regelungen im § 12 dieses Gesetzes das Nähere zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht fest. Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die nicht dem Verband der privaten Krankenversicherung angehören, können diese Regelung übernehmen.“ ....</p>		
<p align="center"><b>Artikel 46 Inkrafttreten</b></p>	<p align="center"><b>Artikel 46 Inkrafttreten</b></p>	
<p>(1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 2007 in Kraft, soweit</p>	<p>(1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 2009 in Kraft, soweit</p>	<p>Angesichts der bereits heute erkennbaren</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Änderungsvorschläge</b>	<b>Begründung</b>
in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.	nichts anderes bestimmt ist.	Umsetzungsprobleme und vorbehaltlich einer verfassungsrechtlichen Prüfung im Nachgang zu der Anhörung zum GKV-WSG sollte Gründlichkeit vor Schnelligkeit gehen. Außerdem ist aus Sicht der Unionsfraktion zu prüfen, ob die jetzt vorgelegten Gesetzesvorschläge dem Anspruch des Koalitionsvertrages, Deutschland zu erneuern, Rechnung tragen.