

(14) Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

0161

Eingang am 11.1.07

zu TOP 1 der TO am 15.1.2007

16. Wahlperiode

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 1a (§ 4a SGB V)

(Abweichungsfestigkeit der RSA-
Verfahrensregelungen)

In Artikel 1 Nr. 1a werden die Wörter „nach den“ durch das Wort „gemäß“ ersetzt.

Begründung

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

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 10)

(Familienversicherung)

Artikel 1 Nr. 6 wird wie folgt gefasst:

„6. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 wird das Komma nach dem Wort „sind“ durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„der Vorrang der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 gilt nicht für Bezieher von Halbwaisen- oder Vollwaisenrenten,“

b) Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.““

Begründung

Zu Buchstabe a

Bezieher einer Halbwaisen- oder einer Vollwaisenrente sind Pflichtmitglied in der Krankenversicherung der Rentner, wenn die Person, von der die Rente abgeleitet wird, gesetzlich krankenversichert war und die notwendige Vorversicherungszeit erfüllte. Als Versicherungspflichtige zahlen sie Beiträge aus diesen Renten. Die Versicherungspflicht ist nach geltendem Recht vorrangig gegenüber einer bis zum Eintritt des Todes des Elternteils oder der Eltern bestehenden beitragsfreien Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Halbwaisen- und Vollwaisenrentner in der gesetzlichen

Krankenversicherung sind damit in der Regel finanziell schlechter gestellt als vor dem Tod des Elternteils bzw. der Eltern. Da Waisenrenten lediglich ein Ersatz für den Anteil des Unterhalts sein sollen, den der verstorbene Elternteil bisher sichergestellt hat, wird der Grundsatz der Subsidiarität der Familienversicherung gegenüber einer Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner für Bezieher von Halbweisen- und Vollweisenrenten aufgehoben. Waisenrentner sind danach unter den gleichen Voraussetzungen wie die anderen Kinder beitragsfrei familienversichert.

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 16)

(Ruhe des Anspruchs)

In Artikel 1 wird nach Nr. 9 folgende Nr. 9a eingefügt:

"9a. In § 16 wird dem Absatz 3a folgender Satz 2 angefügt:

"Satz 1 gilt entsprechend für Versicherte dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 3 Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen; ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind."

Begründung

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

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

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 20a)

(Betriebliche Gesundheitsförderung)

Artikel 1 Nr. 12 wird wie folgt geändert:

In § 20a Abs. 1 Satz 1 werden hinter dem Wort "entwickeln" die Wörter "und deren Umsetzung zu unterstützen" angefügt.

Begründung

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

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 12 (§ 20 d SGB V)

(Primäre Prävention durch Schutzimpfungen)

Artikel 1 Nr. 12 wird wie folgt geändert:

In § 20d Abs. 1 Satz 8 werden die Wörter "in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse" gestrichen.

Begründung

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

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 23)

(Medizinische Vorsorgeleistungen)

Artikel 1 Nr. 14 (§ 23) wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

"a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz 2 angefügt:
"Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen
nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.""

b) Die bisherigen Buchstaben a und b werden Buchstaben b und c.

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 24)

(Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter)

Artikel 1 Nr. 15 (§ 24) wird wie folgt geändert:

In Buchstabe a wird Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:

"bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

"§ 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.""

Begründung

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

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 33)

(Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich)

Artikel 1 Nr. 17 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a wird Absatz 1 Satz 2 wie folgt gefasst:

"Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt."

b) In Buchstabe b wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„und in dem neuen Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe "den Sätzen 1 und 2" durch die Angabe "Absatz 1" ersetzt.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Regelung wird ausdrücklich auf den Bereich der stationären Pflege begrenzt, da die zugrunde liegende Problematik nur diesen Bereich betrifft. Mit der darüber hinaus vorgenommenen Ergänzung soll eine unbeabsichtigte Kostenverlagerung bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen notwendig und von diesen jeweils vorzuhalten sind, auf die gesetzliche Krankenversicherung verhindert werden. Bei stationärer Pflege soll der Anspruch gegenüber

der Krankenkasse auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich nicht dadurch ausgeschlossen sein, dass eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft nur noch in eingeschränktem Maße ermöglicht werden kann. Die vom Bundessozialgericht – insbesondere in den Entscheidungen vom 10. Februar 2000 (B 3 KR 26/99 R), 6. Juni 2002 (B 3 KR 67/01 R), 24. September 2002 (B 3 KR 15/02 R) und 28. Mai 2003 (B 3 KR 30/02 R) – entwickelten Grundsätze zur Abgrenzung der Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden im Übrigen durch diese Regelung nicht in Frage gestellt.

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 17a (§ 34)

(Anwendung der Transparenzrichtlinie)

In Artikel 1 wird nach Nr. 17 folgende Nr. 17a eingefügt:

"17a. § 34 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf der Grundlage der Richtlinie nach Satz 2 dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Fertigarzneimittel erstellt, regelmäßig aktualisiert wird und im Internet abruffähig sowie in elektronisch weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung steht.“

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

"(6) Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Zusammenstellung nach Absatz 1 Satz 2 und 4 stellen. Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über ausreichend begründete Anträge nach Satz 1 innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden und den Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu belehren. Eine ablehnende Entscheidung, muss eine auf objektiven und überprüfbaren Kriterien beruhende Begründung enthalten. Für das Antragsverfahren sind Gebühren zu erheben. Das Nähere insbesondere zur

ausreichenden Begründung und zu den erforderlichen Nachweisen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.““

Begründung

zu Buchstabe a:

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

zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen

Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 21a (§ 35c)

(Zulassungsüberschreitende Anwendung von
Arzneimitteln im Rahmen klinischer Prü-
fungen)

In Artikel 1 wird nach Nr. 20 folgende Nr. 20a eingefügt:

"20a. Nach § 35b wird folgender § 35c eingefügt:

"§ 35c

Zulassungsüberschreitende Anwendung von
Arzneimitteln in klinischen Studien

Außerhalb des Anwendungsbereichs des § 35b Abs. 3 haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln in klinischen Studien, sofern hierdurch eine therapierelevante Verbesserung der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung im Vergleich zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten ist, damit verbundene Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten medizinischen Zusatznutzen stehen, die Behandlung durch einen Arzt erfolgt, der an der vertragsärztlichen Versorgung oder an der ambulanten Versorgung nach §§ 116b, 117 teilnimmt und der Gemeinsame Bundesausschuss der Arzneimittelverordnung nicht widerspricht. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist ausgeschlossen, sofern das Arzneimittel aufgrund arzneimittelrechtlicher Vorschriften vom pharmazeutischen Unternehmer kostenlos bereitzustellen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mindestens zehn Wochen vor dem Beginn der Arzneimittelverordnung zu informieren; er kann innerhalb von 8 Wochen nach Eingang der Mitteilung widersprechen, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllt sind. Das Nähere, auch zu den Nachweisen und Informationspflichten, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6. Leisten Studien nach Satz 1 für die Erweiterung einer Zulassung einen entscheidenden Beitrag, hat der pharmazeutische Unternehmer den

Krankenkassen die Verordnungskosten zu erstatten. Dies gilt auch für eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach europäischem Recht.““

Begründung

Durch die Regelung werden in der ambulanten Versorgung die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für Arzneimittel übernimmt, die im zulassungsüberschreitenden Einsatz im Rahmen einer klinischen Studie verordnet werden. Ziel der neuen Regelung ist, eine Versorgung von Patientinnen und Patienten in den Fällen zu verbessern, in denen für bestimmte Patientengruppen sowie Krankheitsbilder die Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln in deren zugelassenem Anwendungsbereich allein keine ausreichende Versorgung sicherstellt und für die deshalb eine rationale Therapie im Rahmen von klinischen Prüfungen entwickelt wird. Dies ist ein Beitrag dazu, Erkenntnisgewinn und Evidenzbasierung in Bereichen zu fördern, in denen eine derartige Verbesserung der medizinischen Versorgung notwendig ist. Beispiel hierfür ist die Kinderonkologie, in der oftmals nur Präparate zur Verfügung stehen, welche für diese Altersgruppe nicht zugelassen sind, so dass die Behandlung im Rahmen von klinischen Prüfungen durchgeführt werden muss.

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

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

Bei Patienten, die im Rahmen einer Studie akutstationär behandelt werden, ist nach § 8 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz, § 10 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung und § 17 Abs. 3 Nr. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz der Versorgungsanteil mit den normalen Entgelten für die allgemeinen Krankenhausleistungen zu vergüten. Dies gilt auch für klinische Studien mit

Arzneimitteln. Mehrkosten in Folge der Studie sind über Fremdmittel für Forschung und Lehre oder über Drittmittel zu finanzieren.

Nach § 35b Abs. 3 SGB V kann der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage von Bewertungen der beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angesiedelten Expertengruppen einen zulassungsüberschreitenden Arzneimitteleinsatz in den Arzneimittelrichtlinien vorsehen. Sowohl nach der Entscheidung des BSG (Urteil vom 19.3.2002, B 1 KR 37/00 R) als auch nach § 35b Abs. 3 SGB V wird dabei der Versorgungsanspruch an die Voraussetzung geknüpft, dass ausreichendes Erkenntnismaterial zur Verfügung steht. Dies ist aber gerade in der Kinderonkologie oder bei sehr seltenen Erkrankungen häufig nicht der Fall, weil es an entsprechender Forschung fehlt. Hersteller haben – da die „Marktsegmente“ gering sind – in der Regel auch kein ökonomisches Interesse, eine erweiterte Zulassung anzustreben. Die Regelung hilft, mögliche Erkenntnislücken zu schließen.

Das Verfahren nach § 35c SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist als unbürokratisches Antragsverfahren gestaltet. Widerspricht der Gemeinsame Bundesausschuss einer Mitteilung über eine geplante ambulante klinische Studie nicht innerhalb von 8 Wochen und liegen die entsprechenden arzneimittelrechtlichen Genehmigungen vor, so können die entsprechenden Arzneimittel im Rahmen dieser klinischen Studie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Das Nähere zur Ausgestaltung des Antragsverfahrens regelt der Gemeinsame Bundesausschuss. Er soll dabei insbesondere festlegen, welche Anforderungen an die Mitteilungen zu stellen sind und welche Informations- und Nachweispflichten erfüllt sein müssen.

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

Studienergebnisse der vorgenannten Studien eine Zulassung bzw. Zulassungserweiterung erfolgt, um eine unzulässige finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden.

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

Eine Leistungspflicht für vergleichbare Verordnungen außerhalb klinischer Prüfungen wird durch die Regelung nicht begründet.

Die Verordnung von zugelassenen Arzneimitteln, die im Rahmen ihrer Zulassung in klinischen Studien im ambulanten Bereich verordnet werden, bleibt von dieser Regelung unberührt. Sie ist im Rahmen der Regelungen des SGB V und des AMG weiterhin zulässig.

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

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 23 (§ 37b)

(spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

In Artikel 1 Nr. 23 wird der Absatz 1 wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Worte "und von der Krankenkasse zu genehmigen" gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

"Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen."

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 6/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 39a)

(Stationäre und ambulante
Hospizleistungen)

Artikel 1 Nr. 25 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird folgender Doppelbuchstabe cc angefügt:

"cc) Folgende Sätze 7 bis 9 werden angefügt:

"In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.""

b) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

"b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Haushalt" ein Komma eingefügt und die Wörter "oder Familie" durch die Wörter "Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen" ersetzt.

- bb) Folgender Satz wird angefügt:
"Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.""

Begründung

Zu Buchstabe a)

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

Zu Buchstabe b)

Zu b) aa)

Auch in stationären Pflegeeinrichtungen soll eine ambulante Hospizbetreuung gewährleistet werden, um den Betroffenen ein Verbleiben in diesen Einrichtungen bei qualifizierter Sterbebegleitung zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb)

Bisherige Regelung im Entwurf des GKV-WSG

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 16/3100 .

Zu Artikel 1 Nr. 26 (§ 40)

(Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

In Artikel 1 Nr. 26 (§ 40) wird der Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:

„bb Folgender Satz 2 wird angefügt:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein
Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden
Mehrkosten zu tragen. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf
Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.““

Begründung

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

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 28 (§ 41)

(Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter)

In Artikel 1 Nr. 28 (§ 41) Buchstabe a wird Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:

In Buchstabe a wird Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:

"bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

"§ 40 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.""

Begründung

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

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 43)

(Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen)

Artikel 1 Nr. 29 wird wie folgt gefasst:

"In § 43 Abs. 2 Satz 4 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt" ersetzt."

Begründung

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

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

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 30 (§ 44)

(Krankengeld)

Artikel 1 Nr. 30 (§ 44) wird wie folgt gefasst:

„30. § 44 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig und nicht nach §§ 8, 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind.“

Begründung

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

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen

Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 33 (§ 53)

(Wahltarife)

Artikel 1 Nr. 33 (§ 53) wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:

„(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.“

b) Die bisherigen Absätze 5, 6, 7 und 8 werden Absätze 6, 7, 8 und 9.

c) Im bisherigen Absatz 7 wird nach Satz 4 folgender Satz eingefügt:

"Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben."

d) Im bisherigen Absatz 8 wird nach dem Wort "aus" das Wort "Einnahmen," eingefügt.

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Therapierichtungen im Rahmen des entsprechenden Wahltarifs zu übernehmen. Hierfür sind entsprechende Prämienzahlungen vorzusehen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

Absatz 8 stellt klar, dass sich die auf der Grundlage von § 53 geschaffenen Wahltarife jeweils selbst tragen müssen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass Wahltarife, die zusätzliche Leistungen der Krankenkasse beinhalten, nicht nur durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, sondern auch durch zusätzliche Prämienzahlungen finanziert werden.

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 40 (§ 69)

(Wettbewerbsrecht)

Nach Artikel 1 Nr. 40 wird folgende Nummer 40a eingefügt:

„40a. In § 69 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten entsprechend; dies gilt nicht für Verträge von Krankenkassen oder deren Verbänden mit Leistungserbringern, zu deren Abschluss die Krankenkassen oder deren Verbände gesetzlich verpflichtet sind und bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt."

Begründung

Durch die erweiterten Fusionsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen können Krankenkassen in einzelnen Regionen einen hohen Marktanteil erlangen. Die Anordnung der entsprechenden Anwendbarkeit der §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) gewährleistet, dass die Kassen eine dadurch eventuell entstehende marktbeherrschende Stellung nicht missbrauchen, es zu keiner Diskriminierung der Vertragspartner der Krankenkassen und zu keinen Boykotten kommt. Die Änderung führt nicht dazu, dass die Krankenkassen beim Abschluss von Einzelverträgen als Unternehmen zu qualifizieren wären. Auch beim Abschluss von Einzelverträgen nehmen die gesetzlichen Krankenkassen eine soziale Aufgabe wahr, die auf dem Grundsatz der Solidarität beruht und ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt wird. Sie erfüllen damit weder nach deutschem noch nach europäischem Recht die Begriffsmerkmale, die von der Rechtsprechung an ein Unternehmen gestellt werden. Die Anordnung der lediglich "entsprechenden Anwendbarkeit" der §§ 19 bis 21 GWB stellt klar, dass diese Vorschriften, die an sich an Unternehmen

adressiert sind, in der Rechtsfolge auch die Krankenkassen betreffen. Der zweite Halbsatz stellt klar, dass bei den kollektivvertraglichen Regelungen das Wettbewerbsrecht keine Anwendung findet. Die Rechtswegzuweisung an die Sozialgerichte gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz bleibt von der Änderung unberührt.

Änderungsantrag 19

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 41 (§ 71)

(Redaktionelle Anpassung/ Pflicht zur
Vorlage von Verträgen an die
Landesaufsichten)

Artikel 1 Nr. 41 wird wie folgt gefasst:

"41. § 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort "dass" das Wort
"Beitragssatzerhöhungen" durch das Wort "Beitragserhöhungen" ersetzt und
nach dem Wort "Wirtschaftlichkeitsreserven" die Wörter "ohne
Beitragssatzerhöhungen" gestrichen.

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und die Verträge nach den
§§ 73b, 73c und 140a ff. sind unabhängig von Absatz 4 auch den für die
Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder, in
denen sie wirksam werden, vorzulegen.““

Begründung

Zu Buchstabe a)

Entspricht dem Gesetzentwurf

Zu Buchstabe b)

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

Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 43 (§ 73 Abs. 8)

(Informationen über Rabattverträge)

In Artikel 1 Nr. 43 wird Buchstabe b wie folgt neu gefasst:

"b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Leistungen" die Wörter "und Bezugsquellen" eingefügt.
- bb) In Satz 7 werden nach der Angabe "nach den Sätzen 2 und 3" die Wörter "sowie über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8" eingefügt."

Begründung

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

Änderungsantrag 21

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 47 (§ 73d)

(Zweitmeinung)

Artikel 1 Nr. 47 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Arzneimitteln" ein Komma eingefügt und die Wörter "mit Wirkstoffen" durch die Wörter "insbesondere von Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"In den Richtlinien sind angemessene Fristen für die Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Satz 1 unter Berücksichtigung des indikationsspezifischen Versorgungsbedarfs vorzusehen sowie das Nähere zur Verordnung ohne vorherige Abstimmung nach Satz 1 in Notfällen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden nach dem Wort "Krankenkasse" das Komma gestrichen und die Wörter "die einen Vertrag nach § 116 Abs. 2 mit einem Krankenhaus geschlossen hat, die im Rahmen dieses Vertrages tätigen Ärzte" durch die Wörter "nach §§ 116b und 117 tätige Ärzte mit deren Einvernehmen" ersetzt.

bb) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

"Ärzte des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung können nicht zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmt werden."

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die für eine Zweitmeinung vorgesehenen „besonderen“ Arzneimittel werden im Gesetzestext konkretisiert. Damit sind insbesondere Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten gemeint (z. B. betragen die Jahrestherapiekosten von Immunsuppressiva bei Multipler Sklerose das 10fache im Vergleich zu chemisch definierten Arzneimitteln; entsprechende Kostenrelationen können das 20fache in der Brustkrebsbehandlung und mehr als das 100fache bei der rheumatoiden Arthritis erreichen) sowie Arzneimittel, bei denen erhebliche, über das übliche Maß hinausgehende Risiken für Patientinnen und Patienten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen, durch Interaktionen oder durch nicht indikationsgerechte Anwendung bestehen können.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Änderungsantrag 22

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 61 (§ 91)

(Rechtsverordnungsermächtigung Gemeinsamer
Bundesausschuss)

Artikel 1 Nr. 61 wird aufgehoben.

Begründung

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

Änderungsantrag 23

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 62 (§ 92)

(Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss)

Artikel 1 Nr. 62 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

"b) In Absatz 1 Satz 2 werden nach Nummer 12 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummern 13 bis 15 angefügt:

- "13. Qualitätssicherung,
- 14. spezialisierte ambulante Palliativversorgung,
- 15. Schutzimpfungen."

b) Buchstabe g wird wie folgt gefasst:

"g) Nach Absatz 7a werden folgende Absätze 7b und 7c eingefügt:

"(7b) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 14 ist den maßgeblichen Organisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie den in § 132a Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(7c) Vor der Entscheidung über die Richtlinien zur Verordnung von Soziotherapie nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den maßgeblichen Organisationen der Leis-

tungserbringer der Soziotherapieversorgung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."''

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 24

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 67 (§ 100 Abs. 3)

(redaktionelle Folgeänderung)

Artikel 1 Nr. 67 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

"b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

"(4) Absatz 1 Satz 2 und Abs. 2 gelten nicht für Zahnärzte."

Begründung

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

Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 68 (§ 101 Abs. 6) (Folgeänderung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz)

In Artikel 1 Nr. 68 wird in Buchstabe d nach der Angabe "Absatz 3" die Angabe "und 3a" eingefügt.

Begründung

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

Änderungsantrag 26

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 72 (§ 106 Abs. 4)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 1 Nr. 72 wird Buchstabe f wie folgt geändert:

a) Doppelbuchstabe cc wird wie folgt gefasst:

"cc) In Satz 5 werden die Wörter "Sitz der Ausschüsse" durch die Wörter "Sitz des
Beschwerdeausschusses" ersetzt."

b) Doppelbuchstabe dd wird wie folgt gefasst:

"dd) In Satz 6 werden das Wort "jeweiligen" gestrichen und die Wörter "Sitz der
Ausschüsse" durch die Wörter "Sitz des Beschwerdeausschusses" ersetzt."

Begründung

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

Änderungsantrag 27

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 93 (§ 127)

(Ausschreibungen bei Hilfsmitteln)

Artikel 1 Nr. 93 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig."

b) In Absatz 2 wird die Angabe "Satz 2" durch die Angabe "Satz 3" ersetzt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Regelungen zu Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich werden weiter konkretisiert, um deutlich zu machen, dass auch im Falle von Ausschreibungen eine ordnungsgemäße, in der Qualität gesicherte und wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden muss. Bei

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

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 28

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 96 (§ 130)

(Beibehaltung des einheitlichen Apothe-
kenabgabepreises)

Artikel 1 Nr. 96 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

"In Satz 1 wird die Angabe "2 Euro" durch die Angabe "2,30 Euro" ersetzt.

b) In Buchstabe b werden die Sätze 1 und 3 aufgehoben.

Begründung

zu Buchstabe a

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

zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 29

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 97 (§ 130a)

(Generika-Rabatt)

In Artikel 1 wird Nr. 97 wie folgt geändert:

a) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

"e) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 und Satz 2 wird jeweils das Wort "Herstellerabgabepreises"
durch die Wörter "Preises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

"Satz 2 gilt nicht für ein Arzneimittel, dessen Abgabepreis nach Satz 1 im
Zeitraum von 36 Monaten vor der Preissenkung erhöht worden ist;
Preiserhöhungen vor dem 1. Dezember 2006 sind nicht zu
berücksichtigen. Für ein Arzneimittel, dessen Preis zwischen dem
1. Dezember 2006 und dem [Datum des Inkrafttretens] erhöht und
anschließend gesenkt worden ist, kann der pharmazeutische
Unternehmer den Abschlag nach Satz 1 durch eine Preissenkung von
mindestens 10 vom Hundert des Herstellerabgabepreises ohne
Mehrwertsteuer ablösen, sofern er für die Dauer von 12 Monaten einen
weiteren Abschlag von 2 vom Hundert des Herstellerabgabepreises ohne
Mehrwertsteuer gewährt."

b) Buchstabe i wird wie folgt gefasst:

"i) In Absatz 8 wird in Satz 1 und 3 jeweils das Wort "Unternehmen" durch das Wort "Unternehmer" ersetzt."

Begründung:

zu Buchstabe a

zu Doppelbuchstabe aa

Der Text entspricht dem bisherigen Regelungsinhalt des Buchstaben e).

zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung wird ein Missbrauch der Möglichkeit zur Verrechnung des Generika-Abschlags mit Preissenkungen ausgeschlossen, wenn diesen Preissenkungen Preiserhöhungen vorausgegangen sind. Ein pharmazeutischer Unternehmer kann eine Preissenkung nicht mit dem Generika-Abschlag verrechnen, soweit er in den vorhergehenden 36 Monaten vor der Preissenkung den Preis erhöht hat. Die Stichtagsregelung 1. Dezember 2006 vereinfacht die Umsetzung, weil hierdurch der Beginn der Umsetzung dieser Regelung nicht durch Recherchen zu Preisdaten für weiter zurückliegende Zeiträume erschwert wird. Zudem wird eine Regelung auch für die über 2.000 Arzneimittel getroffen, deren Abgabepreise von pharmazeutischen Unternehmern zum 15. Dezember 2006 angehoben und zum 1. Januar 2007 wieder abgesenkt worden sind. Auch für diese Arzneimittel kann der 10 %ige Abschlag abgelöst werden unter der Voraussetzung, dass die gesetzliche Krankenversicherung zum Ausgleich des entstandenen Mehraufwands vom pharmazeutischen Unternehmer einen Abschlag von 2 % auf seinen Abgabepreis für den Zweitraum von 12 Monaten erhalten.

zu Buchstabe b

Als Folgeänderungen zum Wegfall der Gewährleistung der Apotheken für das Zustandekommen eines Einsparbetrags von 500 Mio. Euro durch Rabattverträge und Preisnachlässe wird das Initiativrecht der Apotheken zum Abschluss von Rabattverträgen mit pharmazeutischen Unternehmern zu Gunsten von Krankenkassen gestrichen. Es bleibt bei der bereits nach geltender Rechtslage vorgesehenen Möglichkeit der Krankenkassen, Apotheken

oder ihre Verbände am Abschluss solcher Verträge zu beteiligen bzw. diese hiermit zu beauftragen.

Änderungsantrag 30

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 99 (§ 132a)

(Rahmenempfehlung häusliche Krankenpflege)

Artikel 1 Nr. 99 wird aufgehoben.

Begründung

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

Änderungsantrag 31

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 102a - neu - (§ 132e - neu -)

(Schutzimpfungen)

Nach Artikel 1 Nr. 102 wird folgende Nr. 102a eingefügt:

"102a. Nach dem neuen § 132d wird folgender § 132e eingefügt:

"§ 132e

Versorgung mit Schutzimpfungen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten, deren Gemeinschaften, ärztlich geleiteten Einrichtungen oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2. Dabei haben sie sicherzustellen, dass insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen."

Begründung

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

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

Änderungsantrag 32

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 113 (§ 137d)

(Qualitätssicherung in Vorsorge und
Rehabilitation)

Artikel 1 Nr. 113 wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort "Bundesärztekammer" ein Komma und die Wörter "der Bundespsychotherapeutenkammer" eingefügt.

Begründung

Die Ergänzung stellt klar, dass der Sachverstand der Psychotherapeuten bei den Vereinbarungen für die ambulante und stationäre Rehabilitation und stationäre Vorsorge einbezogen wird, um eine sachgerechte Entwicklung der Anforderungen an die Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Änderungsantrag 33

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 121 (§ 140d)

(integrierte Versorgung)

Artikel 1 Nr. 121 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a Doppelbuchstabe aa wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird gestrichen.

bb) In Satz 3 werden die Wörter "und 3" gestrichen.

b) Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

"bb) In Satz 2 wird das Wort "Der" durch die Wörter "Ab dem 1. Januar 2009 ist der" und die Angabe "§ 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1" durch die Angabe "§ 87a Abs. 3 Satz 2" ersetzt."

Begründung

zu Buchstabe a

zu Doppelbuchstabe aa

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

zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa

zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 34

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 130 (§ 171a)

(Kassenartenübergreifende Fusionen)

Artikel 1 Nr. 130 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „wenn“ die Wörter „auf Grund einer von der Aufsichtsbehörde dieses Verbands durchgeführten Prüfung einvernehmlich festgestellt wird, dass“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „drei“ durch die Angabe „fünf“ ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 35

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 133 (§ 173)

(Öffnung der See-Krankenkasse; Ab-
grenzung des Kassenbezirks geöffneter
BKKs und IKKs)

In Artikel 1 Nr. 133 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In der Nummer 4 werden nach dem Wort „vorsieht“ die Wörter „und die entsprechende Satzungsregelung bis zum 1. Januar 2009 genehmigt worden ist“ eingefügt.

bbb) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,“

bb) In Satz 2 werden die Wörter „abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1“ durch die Wörter „die Gebiete der Länder“ ersetzt und nach dem Wort „ergibt“ ein Semikolon und die Wörter „soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinaus gehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt“ eingefügt.“

Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der Änderung in Absatz 1 Satz 2 (neuer Doppelbuchstabe bb).

Zu Dreifachbuchstabe bbb

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

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

Änderungsantrag 36

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 134 (§ 174)

(Öffnung der See-Krankenkasse)

Artikel 1 Nr. 134 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „See-Krankenkasse“ das Komma und die Wörter „die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ gestrichen.“

b) Folgender Buchstabe c wird angefügt:

„c) Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder der Rechtsnachfolgerung der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.““

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zuständigkeitsregelung in § 174 Abs. 4 für die bei der See-Berufsgenossenschaft beschäftigten versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Arbeitnehmer erforderlich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Änderungsantrag 37

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 135 (§ 175)

(Sonderkündigungsrecht/Kündigung)

Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

a) In Doppelbuchstabe bb wird Satz 5 wie folgt gefasst:

„Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden.“

b) Doppelbuchstabe cc wird wie folgt gefasst:

"cc) Nach Satz 5 werden folgende Sätze eingefügt:

"Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum.""

c) Es wird folgender Doppelbuchstabe ee angefügt:

„ee) Nach dem bisherigen Satz 7 wird folgender Satz 8 angefügt:

„Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am [Einfügen: Tag der dritten Lesung] oder später erfolgt, um in ein privates

Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.“

Begründung

Zu Buchstabe a und b

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

Zu Buchstabe c

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

Änderungsantrag 38

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. – 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 136a - neu - (§ 176)

(Zuständigkeit der See-Krankenkasse)

In Artikel 1 wird nach Nr. 136 folgende Nr. 136a eingefügt:

„136a. Im Zweiten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird der Zweite Titel aufgehoben.“

Begründung

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

Änderungsantrag 39

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 136 (§ 177)

(Öffnung der See-Krankenkasse)

Artikel 1 Nr. 136 wird wie folgt gefasst:

„136. § 177 wird aufgehoben.“

Begründung

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

Änderungsantrag 40

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 6/3100 -

Zu Artikel 1 Nr.142 (§ 197b)

(Aufgabenübertragung)

In Artikel 1 Nr. 142 wird § 197b wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort "Aufgaben" die Wörter "durch Arbeitsgemeinschaften oder "
und nach den Wörtern "Aufgabenwahrnehmung durch" die Wörter "die Arbeitsgemeinschaften
oder" eingefügt.
- b) In Satz 3 wird nach der Angabe "bis 92" die Angabe " und 97" eingefügt.

Begründung

zu Buchstabe a

Klarstellung, dass Krankenkassen Aufgaben auch auf Arbeitsgemeinschaften übertragen
können.

zu Buchstabe b

Redaktionelle Erweiterung des Bezugsrahmens.

Änderungsantrag 41

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 144 (§ 212)

(Gesellschafter der Bundesverbände/
Vertretung der Ersatzkassen auf
Landesebene)

In Artikel 1 Nr. 144 wird § 212 wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a wird Absatz 1 wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Gesellschafter der Gesellschaften sind die am 31. Dezember 2008 vorhandenen Mitglieder des jeweiligen Bundesverbandes."

bb) In dem neuen Satz 3 werden die Wörter "Nach diesem Zeitpunkt" durch die Wörter "Nach dem 31. Dezember 2008" ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Der Gesellschaft nach Satz 1 können Krankenkassen der jeweiligen Kassenart beitreten."

b) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

"e) In Absatz 5 werden die Sätze 4 und 5 durch folgende Sätze ersetzt:

"Die Ersatzkassen haben für alle Verträge auf Landesebene, die nicht gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, jeweils einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis zu benennen. Ersatzkassen können sich auf eine

gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen; das können die Verbände der Ersatzkassen sein. Für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene müssen sich die Ersatzkassen auf einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis einigen. Sofern nichts anderes bestimmt ist, haben die Ersatzkassen für sonstige Maßnahmen und Entscheidungen einen gemeinsamen Vertreter zu benennen. Können sich die Ersatzkassen in den Fällen des Satz 6 und 7 nicht auf einen gemeinsamen Vertreter einigen, bestimmt die Aufsicht den Vertreter.“

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Die Ersatzkassen schließen kassenartenspezifische Verträge jeweils für sich ab. Sofern eine gemeinsame Vertretung von den Ersatzkassen oder von manchen Ersatzkassen gewollt ist, können sie sich auf einen gemeinsamen Abschlussbevollmächtigten einigen. Ein gemeinsamer Abschlussbevollmächtigter muss benannt werden, wenn es um den Abschluss von kassenartenübergreifenden Verträgen auf Landesebene geht. Hiermit wird eine einheitliche Vertretung der Ersatzkassen gewährleistet. In beiden Fällen können auch die Verbände der Ersatzkassen und deren Landesvertretungen als Abschlussbevollmächtigte benannt werden.

Änderungsantrag 42

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 145 (§ 213)

(Rechtsnachfolge/Arbeitsverhältnisse)

In Artikel 1 Nr. 145 wird § 213 wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Bei Auflösung eines Verbandes der Ersatzkassen oder des Austritts eines Mitglieds aus einem Verband der Ersatzkassen haften die Vereinsmitglieder für Ansprüche aus Dienst- und Arbeitsvertrag einschließlich der Ansprüche auf Versorgung zeitlich unbeschränkt."

bb) In Satz 6 wird das Wort "Beschäftigung" durch das Wort "Anstellung" und das Wort "beschäftigt" durch das Wort "angestellt" ersetzt.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

"(6) Der Spitzenverband Bund soll den Beschäftigten der nach § 212 Abs. 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände sowie den Beschäftigten der Verbände der Ersatzkassen eine Anstellung anbieten, soweit dies für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund erforderlich ist. Einer vorherigen Ausschreibung bedarf es nicht."

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Umstellung.

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

zu Buchstabe bb

Redaktionelle Anpassung

zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 43

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217b) (Amtsdauer/Beschlussfähigkeit der Mitgliederversammlung)

In Artikel 1 Nr. 149 wird § 217b wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 2 und 4 werden aufgehoben.

bb) In dem bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Mitglied“ die Wörter „des Verwaltungsrates“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Abweichend von § 58 Abs. 2 des Vierten Buches endet die Amtsdauer der im Jahr 2007 gewählten Mitglieder sieben Monate nach den nächsten allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung."

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

"§ 64 Abs. 1 und 3 des Vierten Buches gilt entsprechend."

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Folgeänderung zur neuen Sitzverteilungsregelung im Verwaltungsrat unter Einschluss einer Stimmgewichtung.

Zu Doppelbuchstabe cc

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

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

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

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 44

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217f)

(Verschiebung des Zeitpunkts der
Aufgabenübertragung)

In Artikel 1 Nr. 149 wird § 217 f wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe "1. Januar 2008" durch die Angabe "1. Juli 2008" ersetzt.
- b) In Absatz 5 werden die Wörter "den Landesverbänden" und das Komma gestrichen und die Angabe " 31. Dezember 2007" durch die Angabe "30. Juni 2008" ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung

Änderungsantrag 45

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 149 (§ 217g)

(Einsetzung eines
Errichtungsbeauftragten)

Dem Artikel 1 Nr. 149 wird folgender § 217g angefügt:

"§217g

Errichtungsbeauftragter

(1) Die Bundesverbände nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die See-Krankenkasse und die Verbände der Ersatzkassen bestellen zum Aufbau des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einen Errichtungsbeauftragten. Ist eine Bestellung bis zum 30. April 2007 nicht erfolgt, bestellt das Bundesministerium für Gesundheit einen Errichtungsbeauftragten. Er unterstützt den Spitzenverband in der Errichtungsphase, insbesondere bei der Organisation der Mitgliederversammlung, der Ausarbeitung der Satzung sowie den Wahlen des Verwaltungsrates und des Vorstandes. Ist ein Vorstand bis zum 1. Juli 2007 nicht gewählt, hat der Errichtungsbeauftragte bis zur Wahl des Vorstandes die Stellung eines Vorstandes und dessen Rechte und Pflichten.

(2) Die Kosten der Errichtung und die Vergütung des Errichtungsbeauftragten werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen getragen. Solange der Spitzenverband Bund keinen Haushaltsplan beschlossen hat, werden diese Aufwendungen von den Bundesverbänden nach § 212 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, der See-Krankenkasse und den Verbänden der Ersatzkassen als Gesamtschuldner im Verhältnis der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen in der jeweiligen Kassenart aufgebracht. Die nach Satz 2

Verpflichteten haben einen angemessenen Vorschuss auf die zu erwartenden Aufwendungen zu zahlen."

Begründung

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

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

Änderungsantrag 46

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 150 (§ 219a)

(Verbindungsstelle)

In Artikel 1 Nr. 150 wird § 219a wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

"Die Satzung des Spitzenverbandes kann Einzelheiten zur Aufgabenerfüllung regeln und dabei im Rahmen der Zuständigkeit des Spitzenverbandes Bund der Verbindungsstelle auch weitere Aufgaben übertragen."

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

"Der für das Jahr 2008 aufgestellte Haushaltsplan gilt als Teil des Haushaltes des Spitzenverbandes fort."

c) Folgende Absätze werden angefügt:

"(3) Der Verwaltungsrat hat für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 einen Geschäftsführer und seinen Stellvertreter zu bestellen. Der Geschäftsführer verwaltet den Spitzenverband Bund in allen Angelegenheiten nach Absatz 1 und vertritt den Spitzenverband Bund in diesen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich, soweit Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht nichts anderes bestimmen. Für den Abschluss des Dienstvertrages gilt § 35 a Abs. 6 Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. Das Nähere über die Grundsätze der Geschäftsführung durch den Geschäftsführer bestimmt die Satzung.

(4) Der Verwaltungsrat hat den Gesamthaushaltsplan des Spitzenverbandes Bund für den Aufgabenbereich der Verbindungsstelle zu untergliedern. Die Haushaltsführung hat getrennt nach den Aufgabenbereichen zu erfolgen.

(5) Die zur Finanzierung der Verbindungsstelle erforderlichen Mittel werden durch eine Umlage, deren Berechnungskriterien in der Satzung festgelegt werden (§ 217e Abs. 1 Nr. 3), und durch die sonstigen Einnahmen der Verbindungsstelle aufgebracht. Die Satzung muss insbesondere Bestimmungen zur ausschließlichen Verwendung der für die Aufgabenerfüllung verfügbaren Mittel für Zwecke der Verbindungsstelle enthalten."

Begründung

Die Verbindungsstelle erfüllt beim Spitzenverband Bund eine eigenständige und klar abgrenzbare Funktion, die sich von den übrigen Verbandsaufgaben hinsichtlich der Struktur und der operativen Verantwortung grundlegend unterscheidet.

Die Aufgaben der Verbindungsstelle unterscheiden sich erheblich von den übrigen Aufgaben des Spitzenverbandes. Sie sind zum einen sehr stark operativ ausgelegt (z.B. Abwicklung von über 1 Millionen Abrechnungsvorgängen pro Jahr einschließlich des Beanstandungsverfahrens). Zum anderen nimmt sie Aufgaben für alle deutschen Sozialversicherungsträger wahr (Koordination des grenzüberschreitenden Einzugs von Sozialversicherungsbeiträgen). Zudem schließt die DVKA für den gesamten Bereich der sozialen Sicherheit – einschließlich der Familienleistungen – seit vielen Jahren im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales Vereinbarungen mit den Ministerien anderer Staaten über die anzuwendenden Rechtsvorschriften ab. All dies erfordert eine weitgehende organisatorische Selbständigkeit, damit die in diesem Geschäft erforderliche Flexibilität und Funktionsfähigkeit der Organisationseinheit wie sie sich bisher ausgezeichnet und bewährt hat fortgeführt werden kann. Die Sonderstellung der DVKA gilt auch für den finanziellen Bereich. Damit die Verbindungsstelle ihre Aufgaben unbeschadet der Integration in den Spitzenverband Bund fortwährend erfüllen kann, ist die Fortgeltung des Haushaltsplanes erforderlich.

Änderungsantrag 47

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 155 (§ 232a)

(Redaktionelle Änderung zur neuen Ver-
bändestruktur)

Artikel 1 Nr. 155 (§ 232a) wird wie folgt gefasst:

„155. In § 232 a Absatz 1 Nr. 2 Satz 4 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.“

Begründung

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

Änderungsantrag 48

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 161 (§ 242)

(Zusatzbeitrag)

Artikel 1 Nr. 161 (§ 242) wird wie folgt geändert:

Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

"Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben."

Begründung

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

Änderungsantrag 49

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 167 (§ 249)

(Tragung der Beiträge bei ver-
sicherungspflichtiger Beschäftigung)

Artikel 1 Nr. 167 (§ 249) wird wie folgt gefasst:

§ 249 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach der Angabe "§ 5 Abs. 1 Nr. 1" wird die Angabe "und Nr. 13" eingefügt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

"Bei geringfügig Beschäftigten gilt § 249b."

Begründung

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

Änderungsantrag 50

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 169 (§ 250)

(Tragung der Beiträge)

Artikel 1 Nr. 169 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

“(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein.”“

Begründung

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

Änderungsantrag 51

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 170 (§ 251)

(Tragung des Zusatzbeitrags für Men-
schen mit Behinderungen)

In Artikel 1 Nr. 170 wird in Buchstabe b Absatz 6 Satz 2 wie folgt gefasst:

"Für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder Nr. 8, deren tatsächliches Arbeitsentgelt den nach § 235 Abs. 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt, wird der Zusatzbeitrag abweichend von Satz 1 vom Träger der Einrichtung getragen; für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 gilt Absatz 2 Satz 2 entsprechend."

Begründung

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

Erforderlich ist jedoch eine Regelungen über Tragung und Erstattung des Zusatzbeitrags in den Fällen der nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 8 versicherten Menschen mit Behinderung. Soweit das Arbeitsentgelt dieser Personen den maßgeblichen Mindestbetrag (derzeit 490 Euro) nicht übersteigt, folgen die Regelungen über Tragung und Erstattung des Beitrags den für Bezieher von Leistungen nach dem SGB XII geltenden Regelungen.

Änderungsantrag 52

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 171 (§ 252)

(Beitragszahlung)

Artikel 1 Nr. 171 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

"b) In dem neuen Absatz 1 werden in Satz 2 nach dem Wort "Beiträge" die Wörter "mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242" eingefügt."

Begründung

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

Änderungsantrag 53

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1. Nr. 173 (§ 255)

(Beitragszahlung aus der Rente)

Artikel 1 Nr. 173 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

"a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort "sind" die Wörter "mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach § 242" eingefügt."

b) Der bisherige Buchstabe a wird Buchstabe b und wie folgt geändert:

In Absatz 3 Satz 4 werden nach den Wörtern "Deutsche Rentenversicherung Bund" die Wörter "leitet die Beiträge nach Absatz 1 und 2 an den Gesundheitsfonds weiter und" eingefügt.

c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

Begründung:

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Folgeänderung

Änderungsantrag 54

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 174 (§ 257)

(Beitragszuschüsse für Beschäftigte)

Artikel 1 Nr. 174 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

„In Satz 3 werden die Wörter "sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden" durch die Wörter "findet der Beitragssatz nach § 243 Anwendung" ersetzt.“

Begründung:

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

Änderungsantrag 55

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 176 (§ 264)

(Übernahme der Krankenbehandlung für
nicht Versicherungspflichtige gegen
Kostenerstattung)

Artikel 1 Nr. 176 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe a werden die Wörter "Leistungen nach § 40 Satz 1 des Achten Buches" durch die Wörter "Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch" ersetzt.
- b) In Buchstabe c wird Doppelbuchstabe bb wie folgt gefasst:
"bb) in Satz 1 bis 3 werden nach dem Wort "Sozialhilfe" die Wörter "oder der öffentlichen Jugendhilfe" eingefügt."

Begründung:

Zu Buchstabe a

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

Mit der Einbeziehung der Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII in § 264 Abs. 2 SGB V wird bestimmt, dass die Krankenkassen die Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen gegen Kostenerstattung durch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe übernehmen. Die Kinder und Jugendlichen werden, wie bereits Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII und des Asylbewerberleistungsgesetzes, leistungsrechtlich den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten gleichgestellt. Die Hilfeempfänger erhalten eine

Krankenversichertenkarte, die nach Ende des Leistungsbezugs vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe wieder einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln ist. Die Aufwendungen der Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung sind vom zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe einschließlich angemessener Verwaltungskosten vierteljährlich zu erstatten. Mit den Änderungen wird also die Erbringung von Krankenhilfeleistungen für Kinder und Jugendliche erleichtert, ohne dass Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nr. 176 (§ 264) im Entwurf des GKV-WSG).

Zu Buchstabe b

Behebung eines redaktionellen Fehlers

Änderungsantrag 56

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 190 (§ 282)

(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen)

Artikel 1 Nr. 190 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt.

"(3) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 208 Abs. 2 und § 274 gelten entsprechend. § 275 Abs. 5 ist zu beachten."

Begründung:

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

Änderungsantrag 57

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 195 (§ 291a) (Elektronische Gesundheitskarte - Finanzierung)

Artikel 1 Nr. 195 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a wird dem Absatz 1a der Satz "Die Regelungen dieses Absatzes gelten auch für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten." angefügt.

b) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände der Krankenkassen" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" ersetzt.

bb) In Satz 4 Nr. 1 werden nach dem Wort "ihnen" die Wörter "bis zum 30. Juni 2008" eingefügt.

cc) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt:

"Zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik zahlt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008 an die Gesellschaft für Telematik einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und ab dem Jahr 2009 jährlich einen Betrag in Höhe von 1,00 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn

des jeweiligen Quartals, zu leisten. 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."

dd) Der bisherige Satz 5 wird Satz 7 und wird wie folgt gefasst:

"Die Kosten der Sätze 4 und 5 zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 9."

c) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

„e) Absatz 7c wird wie folgt gefasst:

"(7c) Kommt eine Vereinbarung zu den Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 30. Juni 2008 nicht bis zum 30. November 2007 zu Stande oder wird sie gekündigt, zahlen die Spitzenverbände der Krankenkassen an die Gesellschaft für Telematik einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung; die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen am 1. Oktober 2007 aufzuteilen. Die Zahlungen sind quartalsweise, spätestens drei Wochen vor Beginn des jeweiligen Quartals, zu leisten. 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."

d) Buchstabe g Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:

„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 "Absatz 7a Satz 6" durch die Angabe "Absatz 7a Satz 3" ersetzt.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

§ 291a Abs. 1a regelt die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte durch Versicherte von Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Die Änderung bezweckt, auch für die rund 850.000 Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die als betriebliche Sozialeinrichtung der ehemaligen Deutschen Bundespost bzw. der Deutschen Bundesbahn weder eine Krankenkasse im Sinne des SGB V sind noch zu den privaten Krankenversicherungen gehören, eine gesetzliche Grundlage zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu schaffen.

Zu Buchstabe b

Die Änderungen stehen im Zusammenhang damit, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die ihm übertragenen Aufgaben nunmehr zum 1. Juli 2008 übernehmen soll. Damit kann auch die Neuregelung der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik in § 291a Abs. 7 Satz 5, wonach die Gesellschaft für Telematik aus dem Haushalt des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu finanzieren ist, erst zum 1. Juli 2008 in Kraft treten. Die Finanzierungsbeträge sind entsprechend der Zeiträume anzupassen.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

Berichtigung einer offensichtlichen redaktionellen Unrichtigkeit

Änderungsantrag 58

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 196 (§ 291b Abs. 1b)

(Betrieb der Telematikinfrastruktur)

Artikel 1 Nr. 196 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe a wird vor der Angabe "ab dem 1. Januar 2009" das Wort "spätestens" eingefügt.
- b) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:
 - „c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Für die Finanzierung der Gesellschaft für Telematik nach Satz 1 gilt § 291a Abs. 7 Satz 5 bis 7 entsprechend.“
 - bb) Satz 3 wird aufgehoben.“

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung.

Änderungsantrag 59

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 208 (§ 305)

(Information der Versicherten)

Artikel 1 Nr. 208 wird folgender Buchstabe c angefügt:

"c) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt.

"Die Krankenkasse hat Versicherte vor deren Entscheidung über die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen in Wahlтарifen nach § 53 Abs. 3 umfassend über darin erbrachte Leistungen und die beteiligten Leistungserbringer zu informieren.""

Begründung:

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

Änderungsantrag 60

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 209 (§ 305a)

(Arzneimitteldaten)

Artikel 1 Nr. 209 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort "gesetzlich" die Wörter "oder durch Vereinbarung nach § 130a Abs. 8" eingefügt und die Wörter "größeren Region" durch die Wörter "Region mit mindestens jeweils 300.000 Einwohnern oder mit jeweils mindestens 1.300 Ärzten" ersetzt.
- b) Es wird folgender Satz angefügt:
"Abweichend von Satz 1 dürfen Leistungserbringer und Krankenkassen Daten über verordnete Arzneimittel in vertraglichen Versorgungsformen nach den §§ 63, 73b, 73c, 137f oder 140a nutzen."

Begründung:

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

Zudem werden differenzierte Aufbereitungen von Arzneimitteldaten für Regionen mit mindestens jeweils 300.000 Einwohnern (dies ist in etwa die durchschnittlichen Einwohnerzahl eines Kreises) zugelassen. Daraus ergeben sich insgesamt ca. 30 Regionen und damit knapp doppelt so viele Regionen im Vergleich zur Einteilung nach Kassenärztlichen Vereinigungen. Alternativ wird auch ein regionaler Ausweis für Gruppen von insgesamt mindestens 1.300 Ärzten zugelassen, was Anzahl von rund 90 Regionen entspricht. Diese Gruppengrößen sind so bemessen, dass keine Datengrundlagen für Prämiensysteme an Pharmaberater bereitgestellt werden können, durch die eine gezielten Förderung von Verordnungszuwächsen bei einzelnen Ärzten belohnt wird.

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

Änderungsantrag 61

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. - neu - (§ 44)

(Krankengeld)

Nach Artikel 2 Nr. 6 wird folgende Nr. 6a eingefügt:

§ 44 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben,

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind.
2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige,
3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,
4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs.

1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 5 unberührt."

Begründung:

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

Änderungsantrag 62

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 73b Abs. 2)

(redaktionelles Versehen)

Artikel 2 Nr. 7 wird aufgehoben.

Begründung:

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

Änderungsantrag 63

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 14 (§ 91)

(Neuorganisation des Gemeinsamen
Bundesausschusses)

In Artikel 2 Nr. 14 wird § 91 neu wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"(2) Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Über den unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zwei Stellvertreter sollen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, erfolgt eine Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für je-

des von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt vier Jahre; eine zweite Amtszeit ist zulässig. "

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern "des Gemeinsamen Bundesausschusses" die Wörter "mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder" eingefügt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

c) In Absatz 4 wird Nummer 2 wie folgt gefasst:

"2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Richtlinienbeschlüsse durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses trifft. In der Geschäftsordnung sind Regelungen zu treffen zur Gewährleistung des Mitberatungsrechts der von den Organisationen nach § 140f Abs. 2 entsandten sachkundigen Personen."

d) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden das Wort "Träger" durch die Wörter "Organisationen nach Absatz 1 Satz 1" und die Angabe "31. Januar 2008" durch die Angabe "31. Juli 2008" ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe "31. März 2008" durch die Angabe "30. September 2008" ersetzt.

cc) In Satz 4 wird die Angabe "31. Dezember 2007" durch die Angabe "30. Juni 2008" ersetzt.

dd) In Satz 5 wird die Angabe "31. Dezember 2007" durch die Angabe "30. Juni 2008" ersetzt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Professionalisierung und die Stringenz der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses werden durch die Einführung einer in der Regel hauptamtlichen Wahrnehmung der Tätigkeit durch den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums gestärkt. Die Unparteiischen sollen die Arbeit des Beschlussgremiums maßgeblich steuern und die Kontinuität der Beratung und Beschlussfassung gewährleisten. Durch ihre Hauptamtlichkeit wird die Professionalität der Ausschussarbeit erhöht. Nach Satz 4, 2. Halbsatz ist ausnahmsweise auch eine ehrenamtliche Ausübung des Amtes eines Unparteiischen im Beschlussgremium zugelassen, wenn die zeitaufwändige Tätigkeit durch eine Freistellung von sonstigen beruflichen Aufgaben ermöglicht ist. Die Stellvertretungsregelung nach Satz 2 und 5 gewährleistet die Fortführung der Arbeit für den Fall, dass Unparteiische z.B. durch Krankheit ausfallen. Dies ist auch deshalb notwendig, weil die einzelnen Unparteiischen nach Satz 7 zugleich den Vorsitz sämtlicher Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses übernehmen. Diese Regelung dient der engeren Verzahnung von Beschlussgremium und Unterausschüssen und fördert den Informationstransfer zwischen den Gremien. Satz 8 stellt klar, dass die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam im Fall der hauptamtlichen Tätigkeit die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden zu schließen haben, da der Gemeinsame Bundesausschuss ansonsten gerichtlich und außergerichtlich immer durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums selbst vertreten wird. Zu den im Rahmen der Dienstvereinbarungen mit den Unparteiischen zu treffenden Regelungen gehört auch die Festlegung der Höhe der Vergütung für deren hauptamtliche Tätigkeit im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderungen zur Festschreibung der Ehrenamtlichkeit der sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums in Absatz 2 Satz 9. Die Finanzierung der Kosten für die hauptamtlichen Unparteiischen erfolgt als Teil der Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses analog § 139c Abs. 1. Die Entschädigung der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss richtet sich nach Absatz 3 Satz 2 (neu) wie bisher

nach den Regelungen der Ausschussmitgliederverordnung (AMV). Ein benanntes Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss hat danach gegen die entsendende Trägerorganisation – unbeschadet der Bezahlung für dessen Tätigkeit in der Trägerorganisation selbst - einen Erstattungs- und Entschädigungsanspruch nach den in der jeweiligen Trägerorganisation geltenden Grundsätzen (§ 6 AMV).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die im Gesetzentwurf enthaltene Rechtsverordnungsermächtigung zur Regelung von Einzelfragen im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses entfällt. Notwendig zu treffende Regelungen werden stattdessen in die Regelungskompetenz der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses übertragen.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zur Streichung der Rechtsverordnungsermächtigung in Absatz 3. Die erforderlichen Regelungen zu Einzelheiten der Übernahme des Vorsitzes der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien mit der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses sind zukünftig in der Geschäftsordnung nach Absatz 4 Nummer 2 zu regeln.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa bis dd

Die Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses ist an die Verbandsreform bei den gesetzlichen Krankenkassen geknüpft. Der Spitzenverband Bund, der gemeinsam mit den übrigen in Absatz 1 genannten Organisationen den Gemeinsamen Bundesausschuss bildet, wird erst zum 1. Juli 2008 seine Arbeit aufnehmen; dementsprechend kann auch die Neubildung des Gemeinsamen Bundesausschusses erst ab diesem Zeitpunkt beginnen; die in Absatz 9 genannten Termine werden dementsprechend verschoben.

Änderungsantrag 64

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 14a - neu - (§ 106)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 2 wird nach Nummer 14 die bisherige Nummer 14a Nummer 14b und folgende neue Nummer 14a eingefügt:

"14a. § 106 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden die Wörter "Verbände der" gestrichen.
- b) In Satz 6 werden nach dem Wort "Vereinigung" die Wörter "und den Verbänden der Krankenkassen" durch die Wörter "den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen" ersetzt."

Begründung:

Die vorgesehenen Änderungen des § 106 Abs. 4 waren bisher in Artikel 1 Nr. 72 Buchstabe f enthalten. Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich ist, um die inhaltlichen Änderungen des § 106, die zum 1. Januar 2008 in Kraft treten, von den Änderungen, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund auf den 1. Juli 2008 erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft treten, zu trennen.

Änderungsantrag 65

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 19a - neu - (§ 132a) (Rahmenempfehlung häusliche Krankenpflege)

In Artikel 2 wird nach Nummer 19 folgende Nummer 19a eingefügt:

"19a. In § 132a Abs. 1 werden die Wörter "Die Spitzenverbände" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund" ersetzt."

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Artikel 1 Nr. 99. Da die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auch künftig Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben haben, ist auch § 132a an die neue Organisationsstruktur der Verbände der Krankenkassen anzupassen.

Änderungsantrag 66

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 27a- neu - (§ 173)

(Öffnung der See-Krankenkasse)

In Artikel 2 wird nach Nr. 27 folgende Nr. 27a eingefügt:

„27a. In § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a werden nach den Wörtern „Knappschaft-Bahn-See“ die
Wörter „und die See-Krankenkasse“ eingefügt.

Begründung:

Die Öffnung der See-Krankenkasse für Mitglieder außerhalb der Seeschifffahrt soll erst zum 1. Januar 2009 erfolgen. Wegen der für Seeleute geltenden melderechtlichen Besonderheiten ist für die Öffnung der See-Krankenkasse ein längerer zeitlicher Vorlauf erforderlich, um die erforderlichen Anpassungen der entsprechenden Verfahrensabläufe vorzunehmen.

Änderungsantrag 67

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 27a – neu - (§ 174)

(Öffnung der See-Krankenkasse)

In Artikel 2 wird nach Nr. 27a – neu - folgende Nr. 27b eingefügt:

„27b. § 174 Abs. 4 wird aufgehoben.“

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Öffnung der See-Krankenkasse auf den 1. Januar 2009.

Änderungsantrag 68

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 29a bis 29e - neu - (§ 232a, § 240) (Redaktionelle Änderung wegen der Einführung des Gesundheitsfonds, § 232/ Beitragspflichtige Einnahmen freiwillig Versicherter, § 240)

In Artikel 2 werden nach Nummer 29 die bisherigen Nummern 29a bis 29c Nummern 29c bis 29e und folgende neue Nummern 29a und 29b eingefügt:

„29a. In § 232a Absatz 1 Nr. 2 werden die Wörter "der Krankenkassen" durch die Wörter "des Gesundheitsfonds", die Wörter "haben die Krankenkassen" durch die Wörter "hat der Gesundheitsfonds" und die Wörter "Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt regeln" durch die Wörter "Das Bundesversicherungsamt regelt" ersetzt sowie die Wörter "und dessen Verteilung an die Krankenkassen" gestrichen.

29b. § 240 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter "durch die Satzung" durch die Wörter "einheitlich durch den Spitzenverband Bund" ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter "Die Satzung der Krankenkasse muss mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen" durch die Wörter "Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen" ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig."

cc) In Satz 3 wird die Angabe " 243 Abs. 2," gestrichen.

c) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter "Die Satzung der Krankenkasse" durch die Wörter "Der Spitzenverband Bund" ersetzt.“

d) Absatz 5 wird aufgehoben.“

Begründung

Zu 29a (§ 232a)

Folgeänderung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Der bisherige Ausgleichsanspruch der Krankenkassen steht künftig dem Gesundheitsfonds zu. Näheres zum Ausgleichsverfahren regelt nunmehr das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit den in der Vorschrift genannten Stellen.

Zu 29b (§ 240)

Zu Buchstabe a

Das Inkrafttreten der Beitragsentlastung für geringverdienende hauptberuflich Selbständige soll nicht bis zum Jahr 2009 aufgeschoben werden. Vor diesem Zeitpunkt liegt die Zuständigkeit für die Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen freiwillig Versicherter noch bei den Einzelkassen, die dementsprechend in ihren Satzungen entsprechende Regelungen zu treffen haben.

Der Regelungsgehalt der bisherigen Nr. 157 wird Artikel 2 Nr. – neu - .

Zu Buchstabe b

Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Universitäten im Inland eingeschrieben sind, sind nach § 5 Abs.1 Nummer 9 SGB V versicherungspflichtig. Sie genießen beitragsrechtlich eine privilegierte Stellung, vgl. § 236 SGB V. Nach bislang geltendem Recht haben Studenten, die an ausländischen Hochschulen eingeschrieben sind, kein Anrecht auf diese Vergünstigung; sie werden als freiwillig Versicherte zum Mindestbeitrag eingestuft.

Die immer weiter fortschreitende internationale Verflechtung der Wirtschafts- und Arbeitsbeziehungen und die zunehmende Mobilität der Studenten macht eine beitragsrechtliche Gleichstellung des letztgenannten Personenkreises mit Studenten an deutschen Hochschulen erforderlich.

Zu Buchstabe c

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

Änderungsantrag 69

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2 Nr. 30a - neu - (§ 291a) (Elektronische Gesundheitskarte - Finanzierung)

In Artikel 2 wird nach Nummer 30 folgende Nummer 30a eingefügt:

"30a. § 291a Abs. 7 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

"Die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen treffen eine Vereinbarung zur
Finanzierung

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie
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."

Begründung:

Die Änderung ist bereits im Entwurf des GKV-WSG in Artikel 1 Nr. 195 Buchstabe b enthalten. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung der Finanzierung der Gesellschaft für Telematik. Die Vorschrift tritt zum 1. Juli 2008 mit der Aufgabenübernahme des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der direkten Finanzierung der Gesellschaft für Telematik aus dem Haushalt des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Kraft. Infolge einer weiteren Änderung des gleichen Satzes, die bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes in Kraft tritt, ist aus rechtsförmlichen Gründen eine Verschiebung der Änderung nach Artikel 2 notwendig.

Änderungsantrag 70

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 2a neu (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz)

(redaktionelle Folgeänderung)

Nach Artikel 2 wird folgender Artikel 2a eingefügt:

„Artikel 2a Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes

In Artikel 8 Abs. 2 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.“

Begründung:

Diese Vorschrift verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die gesetzliche Verpflichtung zur Finanzierung der fünfjährigen Weiterbildung der Ärzte zu Fachärzten für Allgemeinmedizin (Hausärzte) durch entsprechende Verträge auf Bundesebene umzusetzen; entsprechend der neuen Verbandsstruktur der Krankenkassen tritt deshalb der Spitzenverband Bund der Krankenkassen an die Stelle der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen.

Änderungsantrag 71

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen

Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 3 Nr. –neu- (§§ 26, 45)

(Übernahme des Zusatzbeitrags bei
ALG II-Beziehern in Härtefällen)

Artikel 3 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 3

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitssuchende – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955, das zuletzt durchgeändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 26 wird folgender Absatz angefügt:

"(4) Die Bundesagentur kann den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242 des Fünften Buches für Bezieher von Arbeitslosengeld II übernehmen, für die der Wechsel der Krankenkasse nach § 175 des Fünften Buches eine besondere Härte bedeuten würde."

2. Dem § 45 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die gemeinsame Einigungsstelle kann in geeigneten Fällen bei der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit von Arbeitssuchenden den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 275 des Fünften Buches) als Sachverständigen hinzuziehen.““

Begründung:

Zu 1.

Für Bezieher von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch wird der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V im Regelfall nicht übernommen. Diesen Versicherten ist es grundsätzlich zumutbar, die Krankenkasse zu wechseln, wenn ihre bisherige Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht und sie ihn nicht selbst tragen möchten. Durch das Sonderkündigungsrecht in § 175 SGB V ist sichergestellt, dass eine finanzielle Belastung bei einem Kassenwechsel nicht entsteht.

Es kann jedoch Fälle geben, in denen die Ausübung des Sonderkündigungsrechts und der Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse auch Beziehern von Arbeitslosengeld II nicht zugemutet werden kann. Vorstellbar sind Konstellationen, in denen ein Mitglied etwa aufgrund eines speziellen Behandlungsprogramms oder einer besonderen Versorgungsform, die nur seine Kasse anbietet, ein nachvollziehbares Interesse hat, bei dieser zu verbleiben, obwohl sie einen (höheren) Zusatzbeitrag erhebt.

In diesen Fällen ist es sachgerecht, dass der Zusatzbeitrag von dem Bund als Träger des ALG II übernommen wird. Der Sachverhalt liegt insoweit anders als bei Mitgliedern, die auf Grund ihres Einkommens oder Vermögens keinen Anspruch auf ALG II haben. Diese Personen verfügen in der Regel über mehr Autonomie bei der Entscheidung, ob sie die Krankenkasse wegen der erstmaligen Erhebung des Sonderbeitrags oder der Erhöhung des bestehenden Sonderbeitrags verlassen wollen. Sie können die Belastung durch den Zusatzbeitrag abwägen mit ihrer bisherigen Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot und dem Service der Krankenkasse und sodann ihre persönliche, autonome Entscheidung über die Ausübung des Sonderkündigungsrechts treffen. Bezieher von ALG II stehen hingegen unter dem Druck, das Sonderkündigungsrecht aus finanziellen Gründen in allen Fällen auszuüben.

Zu 2.

Die Regelung ist gleichlautend mit dem Gesetzentwurf.

Änderungsantrag 72

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 5 Nr. 7a - neu - (§ 28r)

(Schadensersatzpflicht, Verzinsung)

In Artikel 5 wird folgende Nr. 7a (§ 28r) eingefügt:

7a. § 28r wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort "Rentenversicherung" ein Komma eingefügt; die Wörter "und der Bundesagentur für Arbeit" werden durch die Wörter "der Bundesagentur für Arbeit und dem Gesundheitsfonds" ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort "Rentenversicherung" die Wörter "dem Gesundheitsfonds," eingefügt.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Mit Bildung des Gesundheitsfonds ziehen die Krankenkassen die Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr für eigene Rechnung, sondern für diesen ein. Die Situation ist insoweit dem Einzug der anderen Sozialversicherungsbeiträge vergleichbar. Deshalb ist es angemessen, die Einzugsstellen auch im Hinblick auf den Krankenversicherungsbeitrag Schadensersatzpflicht bei Pflichtverletzung zu unterwerfen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Einführung des Gesundheitsfonds. Schäden durch eine schuldhaft Verletzung der Prüfpflicht nach § 28l entstehen künftig gegebenenfalls nicht mehr den Krankenkassen, sondern dem Gesundheitsfonds. Dementsprechend muss diesem auch der

Schadensersatzanspruch zustehen. Im Rahmen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, die nicht am Gesundheitsfonds beteiligt ist, bleibt es hingegen bei der Haftung gegenüber der Krankenkasse.

Änderungsantrag 73

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 7 Nr. 1 (§ 20)

(Zertifizierung stationärer Rehabilitationseinrichtungen)

Artikel 7 Nr.1 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In Absatz 2a werden nach dem Wort "vereinbaren" die Wörter "im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation" eingefügt.

Begründung

Die Einfügung dient der Klarstellung, dass die trägerübergreifenden Vereinbarungen zu dem einheitlichen, unabhängigen Zertifizierungsverfahren für stationäre Rehabilitationseinrichtungen entsprechend den sonstigen Aufgabenzuweisungen im Neunten Buch Sozialgesetzbuch auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erfolgen sollen.

Änderungsantrag 74

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 12 Nr. 1 (§ 10 KSVG)

(Krankenversicherung der Künstler)

Artikel 12 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

§ 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht" durch "bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Für Künstler und Publizisten, die im Falle einer Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, ist bei der Berechnung des Zuschusses nach Satz 1 anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 SGB V) zugrunde zu legen."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe "durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)" durch die Angabe "um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe "sind bei der Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes" durch die Angabe "ist bei der Berechnung des Zuschusses anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der

ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 SGB V)" ersetzt.

cc) In Satz 6 werden die Angaben "bis 2c" gestrichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu den Änderungen zum allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V) und der Aufhebung des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V (alt).

Zu Doppelbuchstabe bb

Zum 1. Januar 2009 wird § 241 SGB V dahingehend geändert, dass der allgemeine Verweis auf abweichende Regelungen (§ 241 Satz 2 SGB V) aufgehoben wird. Auf diese Weise wird nicht mehr auf den ermäßigten Beitragssatz (§ 243 SGB V) verwiesen. Die Vorschrift des § 243 SGB V ist daher ausdrücklich in Bezug zu nehmen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung der Änderungen des § 241 SGB V und der Aufhebung des § 241a SGB V (alt).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung der Änderungen zu § 243 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe cc

Folgeregelung zur Aufhebung der Absätze 2b und 2c durch Artikel 1 Nr. 174 d) GKV-WSG (§ 257 SGB V). Eine Bezugnahme auf diese Vorschriften ist danach nicht mehr möglich.

Änderungsantrag 75

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 12 Nr. 2 (§ 16 KSVG)

(Redaktionelle Folgeänderungen in der
Künstlersozialkasse zur Einführung des
Gesundheitsfonds)

Artikel 12 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

§ 16 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung die Hälfte des Beitrages gemäß dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich 0,45 Beitragssatzpunkte zu zahlen; §§ 223, 234 Abs. 1 und 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden Anwendung."

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Hat der Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld, ist bei der Berechnung des Zuschusses anstelle des allgemeinen Beitragssatzes der ermäßigte Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 243 SGB V) zugrunde zu legen."

c) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

"Hat der Versicherte einen Tarif nach § 53 SGB V gewählt, so hat er daraus resultierende Prämienzahlungen an die Krankenkasse zu leisten."

Begründung:

Zu Buchstabe a

Notwendige Folgeänderung, die sich aus dem Wegfall des § 241a SGB V ergibt. Durch die neue Formulierung wird die bisherige Bezugnahme auf den bisherigen § 241a SGB V gestrichen und gleichzeitig klargestellt, dass der Versicherte auch den ehemals in § 241 a SGB V geregelten zusätzlichen Beitrag von 0,9 % Beitragssatz zu tragen hat. Letztes dient dazu, eine Besserstellung der nach dem KSVG Versicherungspflichtigen gegenüber anderen Versicherten zu vermeiden. Die Einbeziehung des ermäßigten Beitragssatzes gemäß § 243 SGB V trägt der zum 1. Januar 2009 in Kraft tretenden Änderung des § 241 SGB V Rechnung, mit der der allgemeine Verweis auf abweichende Regelungen (§ 241 Satz 2 SGB V) aufgehoben wird.

Zu Buchstabe b

Als Folge des Wegfalls des erhöhten Beitragssatzes (§ 242 SGB V alt), wäre Satz 2 wegen des darin enthaltenen Verweises auf § 242 SGB V aufzuheben gewesen. Da jedoch die Aufhebung des § 241 Abs. 1 SGB V zum 1. Januar 2009 und der damit verbundene Wegfall des Verweises auf die Regelung des § 243 SGB V (ermäßigter Beitragssatz) eine ausdrückliche Regelung zum ermäßigten Beitragssatz notwendig macht, wurde diese Regelung anstelle des ursprünglich aufzuhebenden Satzes aufgenommen.

Zu Buchstabe c

Klarstellung, dass der Versicherte bei Inanspruchnahme eines Wahltarifes nach § 53 SGB V die dafür erhobenen Zahlungen selbst zu tragen und an die Krankenkasse – statt bisher an die Künstlersozialversicherung – zu zahlen hat.

Änderungsantrag 76

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 16 Nr. 3 (§ 34 KVLG 1989)

(Verbandsaufgaben)

Artikel 16 Nr. 3 wird wie folgt geändert:

In der Überschrift wird das Wort „Besondere“ und in Absatz 1 Satz 1 das Wort „besondere“ gestrichen.

Begründung:

Es wird klargestellt, dass der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen alle Aufgaben übernimmt, die vom Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen bis zum Tag vor dem Inkrafttreten der Regelung wahrgenommen wurden und die nicht Aufgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind. Mit der Übernahme der Aufgaben tritt der Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen auch in die übrigen Rechte und Pflichten des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen ein, beispielsweise hinsichtlich der Beschäftigten.

Änderungsantrag 77

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 19 Nr. 6 Buchstabe a (§ 21 KHEntgG)

(Nutzung von DRG-Daten)

In Artikel 19 Nr. 6 wird Buchstabe a wie folgt geändert:

1. Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

„bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „Auswertungen“ die Wörter „für seine Belange und für empfohlene Auswertungen nach Satz 6“ eingefügt.“

2. Nach Doppelbuchstabe bb wird folgender Doppelbuchstabe cc angefügt:

"cc) In Satz 9 werden nach dem Wort "Absatz" die Wörter "und in § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" eingefügt."

Begründung:

Auf Grund unterschiedlicher Auslegungen in der Praxis über den möglichen Umfang der Auswertungen von Daten nach § 21 KHEntgG, die das Bundesministerium für Gesundheit anfordern kann, wird mit Doppelbuchstabe bb eine Klarstellung vorgenommen. Wie bereits in der amtlichen Begründung ausgeführt, kann das Ministerium Auswertungen „für seine Belange“ – also nicht nur für die Weiterentwicklung des DRG-Systems – anfordern. Darüber hinaus kann es nach Satz 6 Auswertungen auf Empfehlung der Länder anfordern. Auf die scharfe Sanktion der Einführung einer gesonderten Bußgeldvorschrift wird mit Blick auf die Unzulässigkeit einer zweckwidrigen Verwendung der Daten nach § 21 KHEntgG verzichtet. Beispielsweise kann die

unzulässige Verwendung von Daten zu einer Abmahnung des Arbeitgebers oder zu einem Schadensersatzanspruch eines Dritten führen.

Mit dem neuen Doppelbuchstaben cc wird klargestellt, dass die in § 17b Abs. 8 KHG vorgesehene Nutzung und Verarbeitung von Daten nach § 21 KHEntgG für Zwecke der Begleitforschung zulässig ist.

Änderungsantrag 78

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 20 (§ 6 BPfIV)

(Ersetzen von Verweisen auf den
Bundes-Angestelltentarifvertrag - BAT)

In Artikel 20 wird nach Nr. 1 folgende Nr. 1a eingefügt:

"1a. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 Nr. 5 wird das Wort „Bundes-Angestelltentarifvertrag“ durch die Wörter "Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)" ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Bundes-Angestelltentarifvertrag“ durch die Wörter "Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)" ersetzt."

Begründung:

§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 ermöglicht eine Erhöhung der Krankenhausbudgets in den neuen Bundesländern für den Fall einer weiteren Ost-West-Angleichung des Bundes-Angestelltentarifs (BAT). § 6 Abs. 2 Satz 1 ermöglicht insbesondere in psychiatrischen Krankenhäusern eine teilweise Berücksichtigung von Gehaltserhöhungen nach dem BAT (lineare Erhöhung der Gehälter und Einmalzahlungen), wenn diese die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) übersteigt. Der BAT wurde inzwischen durch andere Tarifwerke abgelöst. Nummer 1a Buchstabe a und b ersetzen den bisherigen Verweis auf den BAT durch den Verweis auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD). Dieser gilt – wie bisher der BAT - als einheitlicher Maßstab für alle Krankenhäuser unabhängig davon, welche Tarife im einzelnen Krankenhaus angewendet werden

Änderungsantrag 79

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 23 Nr. 1 (§ 1 Satz 2 AMV)

(Amtsdauer)

Artikel 23 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

In Buchstabe b wird die Angabe "§ 91 Abs. 2 Satz 6" durch die Angabe "§ 91 Abs. 2 Satz 11" ersetzt.

Begründung

Folgeänderung einer Änderung bei der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Änderungsantrag 80

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 23 Nr. 2 (§ 6 Satz 1 AMV)

(Erstattung von Auslagen, Entschädigung)

Artikel 23 Nr. 2 wird aufgehoben.

Begründung

Folgeänderung einer Änderung der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die von den Trägerorganisationen bestellten Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses üben ihre Tätigkeit nicht hauptamtlich aus.

Änderungsantrag 81

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 23 Nr. 4a und 4b - neu - (§§ 9 und 10 AMV) (Entschädigung)

In Artikel 23 werden nach Nummer 4 folgende Nummern 4a und 4b eingefügt:

"4a. In § 9 Satz 1 werden nach dem Wort "erhalten" ein Komma und die Wörter "soweit sie nicht hauptamtlich tätig sind," eingefügt.

4b. In § 10 Satz 1 werden nach dem Wort "erhalten" ein Komma und die Wörter "soweit sie nicht hauptamtlich tätig sind," eingefügt."

Begründung

Folgeänderung einer Änderung bei der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses und die weiteren Unparteiischen erhalten zukünftig, sofern sie ihre Tätigkeit hauptamtlich ausüben, eine Vergütung; sie werden deshalb von der Erstattungs- und Entschädigungsregelung sowie von der Regelung über die pauschale Entschädigung für Zeitaufwand außerhalb von Sitzungen ausgenommen.

Änderungsantrag 82

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 23 Nr. 5 (§ 11 Abs. 1 AMV)

(Kostentragung)

Artikel 23 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:

"5. § 11 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort "(Zahnärzte)" das Wort "einerseits" und nach dem Wort "Krankenkassen" die Wörter "und die Ersatzkassen andererseits" eingefügt.
- b) In Satz 2 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Wörter "und die Ersatzkassen" eingefügt."

Begründung

Folgeänderung einer Änderung bei der Regelung zur Neugestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Bestimmung ist wortgleich mit Buchstabe b des Gesetzentwurfs; Buchstabe a des Gesetzentwurfs ist entfallen, da die von den Trägerorganisationen bestellten Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht hauptamtlich werden.

Änderungsantrag 83

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 25 Nr. 2 (§ 1 Abs. 1 WiPrüfVO)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 25 Nr. 2 wird in Buchstabe b Doppelbuchstabe cc wie folgt gefasst:

"cc) In Satz 3 werden die Wörter" die Ausschüsse" durch die Wörter "den Ausschuss"
ersetzt."

Begründung:

Die vorgesehene Änderung des § 1 Abs. 1 Satz 3 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung ist bereits im Gesetzentwurf enthalten. An dieser Stelle gestrichen wird die als Folge der neuen Organisationsstruktur der Verbände erforderliche Änderung. Diese findet sich nunmehr in Artikel 25a - neu -. Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich ist, um die inhaltliche Änderungen des § 1 Abs. 1 Satz 3, die zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt, von der Änderung, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund auf den 1. Juli 2008 erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt, zu trennen.

Änderungsantrag 84

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 25a - neu - (§ 1 Abs. 1 WiPrüfVO) (Redaktionelle Folgeänderung)

Nach Artikel 25 wird folgender Artikel 25a eingefügt:

"Artikel 25a"

Weitere Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung

In § 1 Abs. 1 Satz 3 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung, die zuletzt durch Artikel 25 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden die Wörter "der Verbände" gestrichen."

Begründung:

Die vorgesehene Änderung des § 1 Abs. 1 Satz 3 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung war bisher in Artikel 25 Nr. 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc enthalten. Es handelt sich insoweit um eine redaktionelle Folgeänderung, die erforderlich ist, um die inhaltlichen Änderung des § 1 Abs. 1 Satz 3, die zum 1. Januar 2008 in Kraft tritt, von der Änderung, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenwahrnehmung durch den Spitzenverband Bund auf den 1. Juli 2008 erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt, zu trennen.

Änderungsantrag 85

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 30 Nr. 5 (§ 78 Abs. 3 AMG)

(Beibehaltung des einheitlichen
Apothekenabgabepreises)

Artikel 30 Nr. 5 wird wie folgt neu gefasst:

"5. Dem § 78 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

"(3) Für Arzneimittel nach Absatz 2 Satz 2, für die durch die Verordnung nach Absatz 1 Preise und Preisspannen bestimmt sind, haben die pharmazeutischen Unternehmer einen einheitlichen Abgabepreis sicherzustellen; für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden, haben die pharmazeutischen Unternehmer zum Zwecke der Abrechnung der Apotheken mit den Krankenkassen ihren einheitlichen Abgabepreis anzugeben, von dem bei der Abgabe im Einzelfall abgewichen werden kann. 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.

(4) Bei Arzneimitteln, die im Fall einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, deren Ausbreitung eine sofortige und das übliche Maß erheblich überschreitende Bereitstellung von spezifischen Arzneimitteln erforderlich macht, durch Apotheken abgegeben werden und zu diesem Zweck nach § 47 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3c bevorratet wurden, gilt als Grundlage für die nach Absatz 2 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 abgegeben werden. In diesen Fällen gilt Absatz 2 Satz 2 auf Länderebene.“

Begründung:

Die beabsichtigte Umstellung auf ein Höchstpreissystem entfällt. Es bleibt bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel. Klarstellung der geltenden Rechtslage und des geltenden Rabattverbots aufgrund des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG). Ein einheitlicher Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ist für alle Arzneimittel zu gewährleisten, soweit für diese verbindliche Preise und Preisspannen durch die Arzneimittelpreisverordnung bestimmt sind. Erst hierdurch ergibt sich in Verbindung mit den Handelszuschlägen, die in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegt sind, ein einheitlicher, bei der Abgabe verbindlicher Apothekenabgabepreis. Pharmazeutische Unternehmer dürfen Rabatte auf ihren Abgabepreis nur an die Kostenträger gewähren, nicht aber an die Handelsstufen. Diese Verpflichtung des pharmazeutischen Unternehmers gilt nur für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel, die der Arzneimittelpreisverordnung unterliegen. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bleiben wie bereits seit 2004 von der Preisbindung ausgenommen. Ebenso bleibt es bei dem Grundsatz, dass für die Abrechnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel mit der gesetzlichen Krankenversicherung ein einheitlicher Apothekenabgabepreis gilt. Zur Ermittlung dieses Apothekenabgabepreises bleibt der pharmazeutische Unternehmer wie bisher verpflichtet, einen einheitlichen Abgabepreis anzugeben, an den er nicht in jedem Einzelfall gebunden ist, sondern hiervon wie bisher bei Abrechnung mit Großhändlern oder Apotheken im Einzelfall abweichen kann. Damit wird klargestellt, dass die Rechtslage für die pharmazeutischen Unternehmer bezüglich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel unverändert bleibt.

Änderungsantrag 86

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 32

(Beibehaltung des einheitlichen
Apothekenabgabepreises)

Artikel 32 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 Buchstabe b werden die Wörter "höchstens zulässigen" gestrichen.
- b) Nummer 3 wird wie folgt neu gefasst:

"3. In § 3 wird nach Absatz 5 folgender Absatz 6 angefügt:

"(6) Für die erneute Abgabe der an eine Apotheke zurück gegebenen,
verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel durch die Apotheke beträgt der
Festzuschlag 5,80 Euro."

- c) Nummer 4 wird gestrichen.
- d) Nummer 5 wird gestrichen.
- e) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 4 und wie folgt neu gefasst:

"4. In § 10 wird Absatz 3 aufgehoben."
- f) Die bisherige Nummer 6 wird Nummer 5.
- g) Die bisherige Nummer 8 wird Nummer 6.

Begründung:

Folgeänderung und redaktionelle Folgeänderungen zur Streichung der beabsichtigten Umstellung auf ein Höchstpreissystem. Es bleibt bei einheitlichen Apothekenabgabepreisen für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel.