

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 19. Mai 2010

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften
Bundestagsdrucksache 17/1297 vom 31.03.2010

sowie

Änderungsanträge CDU/CSU und FDP Fraktion
Ausschuss-Drucksache 17/(14)34 vom 23.04.2010

Änderungsanträge SPD-Bundestagsfraktion
Ausschuss-Drucksache 17/(14)34 (2.1.–2.4.) vom 04.05.2010

Antrag der Fraktion Die Linken „Faire Preise für wirksame und sichere Arzneimittel – Einfluss der Pharmaindustrie begrenzen
BT-Drs. 17/1206 vom 24.03.2010

Änderungsantrag Fraktion Die Linke
Ausschuss-Drucksache 17/(14)34 (3) vom 07.05.2010

Stand 11.5.2010

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheit
Politik und Unternehmensentwicklung

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Übersicht:

	Seite
I. Vorbemerkung	3
II. Gesetzentwurf und Änderungsanträge CDU/CSU und FDP-Fraktion	
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	
ÄA 1: Nr. 01 – neu - (§ 130a)	5
Zusätzlicher Änderungsvorschlag des AOK-Bundesverbandes (§ 130a Abs.1)	11
Nr. 1. (§ 171b Absatz 7 neu)	12
Nr. 2. (§ 171d)	13
Nr. 3 (§ 217b)	14
Nr. 4. (§ 217c)	15
ÄA 2: Nr. 5a (§ 291a)	18
ÄA 3: Nr. 5b (§ 291b)	19
Nr. 6 und 7 (§ 307a neu, § 307b)	20
Artikel 2 Änderung des vierten Buches Sozialgesetzbuch	
ÄA 5: Nr. 1a neu (§ 77)	21
Artikel 3 Änderung der Bundespflegegesetzverordnung	
§ 6 Abs. 4 BundespflegegesetzVO	23
III. Ergänzender Änderungsvorschlag: ÄÄ aus der Stellungnahme des Bundesrats zu Artikel 1 Nr. 02, 03 zu §§ 73b und 73c SGB V	26
IV. Änderungsantrag SPD-Fraktion	28
V. Änderungsantrag und Antrag der Fraktion Die Linke	29



Vorbemerkung:

Konsolidierung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist erforderlich

In den letzten fünf Jahren sind die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - insbesondere durch die politisch gewollten hohen Vergütungssteigerungen bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern - um 30 Milliarden Euro gestiegen. Diesem zwanzigprozentigen Ausgabenanstieg steht ein achtprozentiges Wachstum des Bruttosozialproduktes gegenüber.

Vor diesem Hintergrund spricht sich der AOK-Bundesverband dafür aus, die Ausgabenentwicklung im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung durch einen vertretbaren Ausgabenkorridor zu fixieren. Dazu müssen die Gesamtausgaben der GKV für die Leistungserbringer an die Wirtschaftsentwicklung Deutschlands - bis einschließlich 2013 – gekoppelt werden. Das wäre nach derzeitiger Schätzung der Bundesregierung ein Plus von 1,4 Prozent in diesem Jahr und plus 1,6 Prozent im nächsten Jahr. Diese Forderung entspricht auch dem Grundsatz der Koalitionsvereinbarung, demzufolge das Ausgabenwachstum des Bundeshaushaltes unter dem Wachstum des Bruttoinlandproduktes liegen muss.

Die Maßnahmen zu kurzfristigen Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben mit GKV-weit jährlichen Einsparungen von circa einer Milliarde Euro werden hierzu einen Beitrag leisten und darüber hinaus den Zeitraum überbrücken, den die geplante Strukturreform in der Arzneimittelversorgung benötigt, um ihre steuernde Wirkung entfalten zu können.

Preismoratorium ist notwendig

Damit die Einsparmaßnahmen diese erforderliche Wirkung entfalten kann, ist der rückwirkende Stichtag 1. August 2009 des Preismoratoriums unumgänglich. Mit der Festsetzung dieses Basiszeitpunkts wird verhindert, dass Hersteller im Hinblick auf steigende Herstellerabschläge vorher noch die Preise anheben.

Dass dies notwendig ist, zeigt folgendes Beispiel: Im Rahmen der 15. AMG-Novelle wurden Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen zum 01.01.2010 dem Herstellerabschlag nach § 130 a Abs. 1 SGB V unterstellt. Im Vorfeld der Umsetzung hoben im Herbst 2009 einige Unternehmen die Preise ihrer Präparate deutlich an.



Beispiel: Avastin ®, Hersteller Roche:

Beispiel vastin	A-	Stichtag	Tax- Einkaufspreis	Anhebung	Anhebung insge- samt
100 mg		bis 15.08.2009	354,50 €		
		ab 15.08.2009	375,77 €	+ 6,0 %	
		ab 01.09.2009	386,67 €	+ 2,9 %	+9,1 %
400 mg		bis 15.08.2009	1.289,00 €		
		ab 15.08.2009	1.361,00 €	+5,6 %	
		ab 01.09.2009	1.398,38 €	+ 2,7 %	+8,5 %

Um ein weiteres Ansteigen des finanziellen Defizits in der GKV zu vermeiden, müssen weitergehende Maßnahmen in anderen Versorgungsbereichen folgen. Wirtschaftlichkeitsreserven sind auch in anderen Leistungsbereichen zu erschließen.

Änderung der Psychiatrie-Personalverordnung führt zu deutlichen Mehrausgaben

Die geplante Klarstellung ist kritisch zu bewerten, da sie zu einer Ungleichbehandlung unter den Krankenhäusern führt. Denn es werden diejenigen Krankenhäuser belohnt, die bereitgestellte Finanzmittel vertragswidrig oder nicht vollständig zur Aufstockung des Personals verwendet haben. Durch die geplante Gesetzesänderung würde es zu einer GKV-weiten finanziellen Mehrbelastung in Höhe von mindestens 211 Mio. Euro kommen.

Der AOK-Bundesverband schlägt alternativ vor, eine Rückzahlungsverpflichtung für die Krankenhäuser von Budgetanteilen in Höhe der nicht sachgerecht verausgabten Personalkosten und eine Pflicht zur Bestätigung durch den Jahresabschlussprüfer einzuführen. Durch diese vorgeschlagene Änderung würde das Konfliktpotenzial erheblich reduziert und damit ein Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet werden.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Entwurfes eines GKV-Änderungsgesetzes und der Änderungsanträge im Einzelnen Stellung genommen.



II. Gesetzentwurf und Änderungsanträge CDU/CSU und FDP-Fraktion

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 1: Nr. 01 Artikel 1 (§ 130a Abs. 1a)

Herstellerabschlag

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FPD formuliert eine Neufassung des § 130a Abs. 1a SGB V: Damit werden die Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen befristet für den Zeitraum 1.08.2010 bis zum 31.12.2013 von derzeit 6 Prozent auf 16 Prozent gesetzt. Die Regelung soll für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag gelten. Als Ausnahmen von der Änderung werden generikafähige Präparate ohne Festbetrag definiert.

B Stellungnahme

Der Änderungsvorschlag zur Neufassung des § 130a Abs. 1a SGB V ist sehr zu begrüßen.

Im Markt der patentgeschützten Arzneimittel ohne Festbetrag sind die Krankenkassen verpflichtet, aufgrund der freien Preisbildung bei gleichzeitig fehlenden weiteren Regulierungsmaßnahmen zur Einschränkung der Erstattungsfähigkeit jeden vom Hersteller geforderten Preis zu begleichen.

Im Zeitraum zwischen 1999 und 2008 haben sich die DDD-Kosten patentgeschützter Wirkstoffe praktisch verdoppelt, ihr Marktanteil am GKV-Arzneimittelumsatz ist in diesem Zeitraum um etwa 29 Prozent angewachsen. Diese Entwicklung dokumentiert die steigende ökonomische Bedeutung dieses Segments, in dem bislang nur wenige Einsparungen erzielt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die geplante Anhebung des Herstellerabschlags ein probates Mittel zur Kostendämpfung. Die vorgeschlagene Änderung ist Teil der angekündigten Kurzfristmaßnahmen zur Eindämmung von Kostensteigerungen für Arzneimittel zu Lasten der GKV. Dieses Paket soll entsprechend den formulierten Eckpunkten des BMG als Übergangsregelungen greifen, bis die geplanten Strukturveränderungen zur Preisbildung im Arzneimittelmarkt für die GKV implementiert sind. Daher ist auch die vorgeschlagene zeitliche Befristung der Maßnahme sachgerecht.

Die vorgesehene Änderung betrifft den Markt der patentgeschützten Arzneimittel ohne Festbetrag. Ausgenommen sind sowohl der Teilmarkt der patentgeschützten, festbetragsregulierten Arzneimittel – hier greift der Festbetrag als Erstattungshöchstbetrag – als auch der Teilmarkt der generikafähigen, nicht festbetragsregulierten Arzneimittel. Für letztere existiert bereits ein erhöhter Herstellerabschlag von 16 Prozent. Mit der geplanten Neuregelung wird eine Überbelastung einzelner Teilmärkte vermieden und der anfallende Herstellerabschlag grundsätzlich auf maximal 16 Prozent limitiert.



Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass auch darüber hinausgehend im Marktsegment der patentfreien, wirkstoffgleichen Arzneimittel entsprechende Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, die die Einbeziehung auch dieser Präparate in den erhöhten Herstellerabschlag rechtfertigen. Unter diesen Arzneimitteln sind lediglich solche Präparate als besonders schützenswert anzusehen und von der Regelung auszunehmen, mit denen eine Krankenkasse einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Daher schlagen wir eine entsprechende Anpassung des § 130a Abs. 1a SGB V vor.

C Änderungsvorschlag

§ 130a Abs. 1a ist wie folgt zu ändern:

„Vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 16 Prozent. Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Vertrag gem. § 130a Abs. 8 SGB V besteht sowie für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1, bei denen die Regelungen nach Absatz 3b Sätze 2 bis 6 anzuwenden sind. Die Summe der Abschläge aus Satz 1 und Absatz 3b beträgt höchstens 16 vom Hundert.“

Siehe auch den zusätzlichen Änderungsvorschlag des AOK-Bundesverbandes zur Klarstellung hinsichtlich der Gültigkeit der Herstellerabschlagspflicht auch für zubereitete Fertigarzneimittel aus Krankenhausapotheken Seite 11.



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 1: Artikel 1 Nr. 01 (§ 130a Abs. 3a)

Preismoratorium

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zielt auf ein Preismoratorium ab: Nach § 130a Abs. 3a SGB V soll der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis 31. Dezember 2013 auf dem Preisstand 1. August 2009 eingefroren werden. Der Hersteller wird verpflichtet, vorgenommene Preiserhöhungen in diesem Zeitraum den Krankenkassen zu erstatten. Für nachträglich ausgetobene Packungen wird der Preis wirkstoff- und darreichungsformbezogen adjustiert an die größte ausgetobene Normpackung gekoppelt. Für neu ausgetobene Präparate gilt der Preis der Erstaussbietung.

B Stellungnahme

Der Änderungsvorschlag ist zu begrüßen. Das geplante Preismoratorium ist Teil der Kurzfristmaßnahmen zur Eindämmung der Arzneimittelsteigerungen für die GKV, die als Übergangsregelungen greifen sollen, bis die geplanten Strukturveränderungen zur Preisbildung im Arzneimittelmarkt für die GKV implementiert sind.

Die geplante Regelung greift für den Bestandmarkt: Mit diesem Vorschlag werden Preiserhöhungen von bereits im Markt befindlichen Arzneimitteln in ihrer Kostenswirkung für die GKV zum guten Teil abgefangen. Da die Vertriebsmarge von Großhandel und Apotheken nicht Teil des Abschlags ist, wird bei Umsetzung dieser Regelung die Abgabe preiserhöhter Arzneimittel dennoch zu Mehraufwendungen für die Krankenkassen führen – jedoch in deutlich geringerem Maße.

Die Neuregelung gilt auch für neu ausgetobene Packungsgröße und Wirkstärken bereits am Markt befindlicher Präparate. Dies ist besonders zu begrüßen, wurde dies bei früheren Preismoratorien als Gestaltungsfenster für eine Umgehung der gesetzlichen Preisdeckelung genutzt.

Für neu ausgetobene Präparate greift dieser Vorschlag aufgrund des fehlenden Preisankers nicht; dort kann erst bei Umsetzung der Strukturvorschläge des BMG-Eckpunktepapiers mit einer Kostendämpfung gerechnet werden.

Die Erfahrungen aus der Folgezeit der Neuregelungen nach dem AVWG haben jedoch gezeigt, dass Auslegungsspielräume zu Rechtsunsicherheiten führen, die in der Folge zeitaufwändige Klärungsverfahren zur Folge haben. So bestehen aus diesem Verfahren immer noch eine erhebliche Zahl an offenen Abschlagsansprüchen der Krankenkassen. Daher regen wir an, im Rahmen der Neuregelung ergänzende definitorische Klarstellungen – ggfs. in der Gesetzesbegründung – zu treffen, die den Verwaltungsvollzug der Vorschrift erleichtern und beschleunigen. Ebenso sollte die gesetzliche Verpflichtung des pharmazeutischen Unternehmens



zur fristgemäßen und korrekten Meldung aufgenommen werden; wobei Kosten durch Fehlmeldung vom pharmazeutischen Unternehmen zu tragen sind.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung.



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Änderungsantrag 1: Nr. 01 (§ 130a Abs. 8)

Herstellerabschlag

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Änderung des § 130a Abs. 8 SGB V wird klargestellt, dass die geplante Anhebung des Herstellerabschlags nach § 130a Abs. 1a SGB V ergänzend zu potenziell vereinbarten vertraglichen Rabatten zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen anfällt.

B Stellungnahme

Der Änderungsvorschlag ist zu begrüßen. Die Änderung setzt konsequent die bestehende Regelung zu den Herstellerabschlägen nach § 130a Abs. 1, 3a und 3b SGB V fort, indem auch für den neu zu erhebenden Rabatt nach § 130a Abs. 1a SGB V eine Verrechnung mit selektivvertraglichen Rabatten ausgeschlossen wird.

Rabattvereinbarungen nach § 130a Abs. 8 SGB V zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen decken inzwischen einen großen Anteil des Marktes – vor allem im generischen Bereich – ab und erwirtschaften deutlichen Einsparungen. Eine Verrechnung des neu zu erhebenden Abschlags nach § 130a Abs. 1a SGB V mit vertraglichen Rabatten nach § 130a Abs. 8 SGB V würde somit den Effekt der geplanten Änderung erheblich minimieren.

In den BMG-Eckpunkten wurde ergänzend vorgeschlagen, den erhöhten Herstellerabschlag durch selektivvertragliche Regelungen optional abzulösen. Leider findet sich dieser Ansatz bislang nicht in der vorgeschlagenen Neuregelung wieder.

Der Gesetzgeber hatte bereits mit dem GKV-WSG den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, nach § 31 Abs. 3 Satz 5 SGB V bei Abschluss von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V die vollständige oder teilweise Zuzahlungsfreistellung auszusprechen, soweit die Verträge entsprechend wirtschaftlich und hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Daher erscheint es nur konsequent, diese gesetzliche Möglichkeit auch auf den Herstellerabschlag auszudehnen. Nachteile sind hieraus nicht zu erwarten. Zudem besteht auch unter den jetzigen gesetzlichen Regelungen eine Möglichkeit zur Befreiung vom Herstellerabschlag für bestimmte Präparate, so dass eine zunehmende Intransparenz des Marktes, wie von manchen unter solchen Bedingungen postuliert, nicht zu befürchten ist. Vielmehr gibt es bereits jetzt ein etabliertes Meldeverfahren, mit dem Krankenkassen durch Kennzeichen Informationen zu einem vertragsgebundenen Präparat übermitteln können.

Daher schlagen wir eine entsprechende Änderung der bestehenden Regelungen in § 130a Abs. 8 SGB V vor.

**C Änderungsvorschlag**

§ 130a Abs. 8 Satz 4 SGB V wird wie folgt geändert:

„Eine Vereinbarung nach Satz 1 kann ergänzend die Ablösung der Abschläge nach den Absätzen 1, 1a, 3a und 3b vorsehen, soweit hieraus weitere Einsparungen zu erwarten sind; § 31 Abs. 2 Satz 4 gilt entsprechend.“



Zusätzlicher Änderungsvorschlag des AOK-Bundesverbandes zu Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zur Klarstellung hinsichtlich der Gültigkeit der Herstellerabschlagspflicht auch für zubereitete Fertigarzneimittel aus Krankenhausapotheken.

Artikel 1 Nr. 1 § 130a Abs. 1 SGB V

Herstellerabschlag

Vorgeschlagen wird eine Ergänzung des bestehenden § 130a Abs. 1 SGB V, nach der § 130a Abs 1 Satz 6 SGB V in gleicher Weise für Verträge mit Apotheken wie auch mit Krankenhausapotheken gilt.

Mit der sog. 15. AMG-Novelle wurden auch parenteral zubereitete Fertigarzneimittel der Herstellerabschlagspflicht nach § 130a Abs. 1 SGB V unterstellt. Die getroffene Regelung war Teil der gesetzgeberisch gewünschten Marktangleichung und sollte, wie auch das BMG in seinem Schreiben vom 16. Juli 2009 ausführte, in gleicher Weise für Apotheken wie auch für Krankenhausapotheken Gültigkeit haben.

In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass erhebliche Rechtsunsicherheit bezüglich des anfallenden Herstellerabschlags bei Krankenhausapotheken besteht, so dass einige Firmen die Erstattung des Abschlags an die Krankenhausapotheken verweigern. Ebenso führen nicht alle Krankenhausapotheken den neu anfallenden Herstellerabschlag ab.

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung soll daher eine Klarstellung hinsichtlich der Gültigkeit der Herstellerabschlagspflicht für zubereitete Fertigarzneimittel aus Krankenhausapotheken erfolgen.

Änderungsvorschlag

In § 130a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 6 gilt mit Wirkung für Verträge nach § 129 Abs. 5 Satz 3, § 129 Abs. 5c sowie § 129a SGB V.“



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1. (§ 171b Absatz 7 neu)

Insolvenz von Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen, die vor dem 01.01.2010 nicht insolvenzfähig waren, war es nicht erlaubt, die bis zu diesem Zeitpunkt geführten Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen mit ihren Beschäftigten in der Art und Weise zu verwalten und gegen das Insolvenzrisiko zu sichern, wie es § 8a Altersteilzeitgesetz für bisher bereits insolvenzfähige Krankenkassen vorsieht. Um die Krankenkassen mit den ab dem 1. Januar 2010 erstmals geltenden gesetzlichen Verpflichtungen nicht finanziell zu überfordern, wird rückwirkend zum 1. Januar 2010 eine Übergangsregelung geschaffen, die den Kassen einen zeitlich gestreckten Aufbau der vollständigen Insolvenzsicherung der bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben nach den gesetzlichen Vorschriften erlaubt.

B Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Regelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass es bis zum 31.12.2009 nicht insolvenzfähigen Krankenkassen untersagt war, Geldmittel für die Insolvenzsicherung eingegangener Altersteilzeitvereinbarungen und erdienter Wertguthaben zweckgebunden anzulegen. Von diesen Krankenkassen würde die vollständige Absicherung der Wertguthaben aus Vereinbarungen über Altersteilzeitarbeit gegen das Risiko der Insolvenz unmittelbar zum 1. Januar 2010 gefordert. Mit der geplanten Übergangsregelung wird dem resultierenden erhöhten Insolvenzrisiko durch eine zeitliche Streckung des Aufbaus einer Insolvenzsicherung für die Wertguthaben aus Vereinbarungen über die Altersteilzeitarbeit entgegen gewirkt. Der AOK-Bundesverband begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da sie sachgerecht ist und gleichzeitig Wettbewerbsverzerrungen beseitigt.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung.



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2. (§ 171d)

Insolvenz von Krankenkassen und Haftung

A Beabsichtigte Neuregelung

Soweit die Krankenkassen die bis zum 31. Dezember 2009 entstandenen Wertguthaben aus Altersteilzeitvereinbarungen noch nicht vollständig nach den gesetzlichen Vorschriften verwalten und gegen das Insolvenzrisiko gesichert haben, haftet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab dem 1. Januar 2010 bis spätestens 31.12.2014 im Insolvenzfall für die noch ungesicherten Wertguthaben entsprechend den Regelungen über die Haftung für Altersversorgungsverpflichtungen. Damit ist sichergestellt, dass die Ansprüche der Beschäftigten aus den Wertguthaben auch im Insolvenzfall in vollem Umfang geschützt sind.

B Stellungnahme

Siehe dazu ausführlich die Stellungnahme zu Artikel 2 Änderung des vierten Buches Sozialgesetzbuch Änderungsantrag 5: Artikel 2 Nr. 1a – neu (§ 77 Absatz 1a Satz 4 – neu)



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 (§ 217b)

Organe des GKV-Spitzenverbandes

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die Möglichkeit des alternierenden Vorsitzes im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zugelassen. Zudem wird eine paritätische Vertretung auch der Ersatzkassen in der Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes vorgeschrieben, sofern diese Arbeitgebervertreter in ihren Verwaltungsräten verfügen.

B Stellungnahme

a) Die Regelung, durch die ein Verweisungsfehler des GKV-WSG behoben wird, ist zu begrüßen. Ohne erkennbaren Grund war der Verweis auf § 62 Abs. 3 SGB IV unterblieben, der den jährlichen Wechsel der Sozialpartner an der Spitze der Selbstverwaltungsgremien zulässt. Da es sich um ein gesetzgeberisches Versehen handelte, wurde eine entsprechende Regelung des alternierenden Vorsitzes im Verwaltungsrat in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes seitens der Aufsicht auch nicht beanstandet.

b) Bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG hatten Ersatzkassen historisch bedingt nur Versichertenvertreter in ihren Selbstverwaltungsgremien. Dementsprechend konnten sie auch nur Versichertenvertreter in die Gremien des GKV-Spitzenverbandes entsenden. Aufgrund seitdem zulässiger kassenartenübergreifender Vereinigungen ist dies im Wandel begriffen. Die Regelung schreibt deswegen konsequenter Weise vor, dass nur noch die diejenigen Ersatzkassen, die (noch) keine Arbeitgebervertreter in ihren Verwaltungsräten haben, weiterhin ausschließlich Versichertenvertreter in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes entsenden dürfen.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung.



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 4. (§ 217c)

Neustrukturierung der Verwaltungsratszusammensetzung in der 2. Wahlperiode

A Beabsichtigte Neuregelung

Historisch haben sich die Selbstverwaltungsorgane der Ersatzkassen nur aus Versicherertenvertretern zusammengesetzt. Dementsprechend sind die Ersatzkassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bisher nur mit Versicherertenvertretern präsent. Aufgrund von kassenartenübergreifenden Vereinigungen von Krankenkassen haben mittlerweile aber drei von sieben Ersatzkassen paritätisch besetzte Verwaltungsräte. Die Neufassung der Absätze 1 und 2 sieht daher eine Änderung der Verwaltungsratszusammensetzung des GKV-SV unter Beteiligung der Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen vor.

Es wird keine feste Sitz- und Stimmzahl wie bisher vorgegeben. Unterhalb der Höchstzahl von 52 Mitgliedern hat der Verwaltungsrat des GKV-SV seine Zusammensetzung künftig in seiner Satzung zu regeln. Allerdings müssen die Sitze marktanteilsgerecht auf die Kassenarten verteilt und grundsätzlich paritätisch besetzt werden. Die Anzahl der Arbeitgebersitze der Ersatzkassen soll dabei die Hälfte des Anteils abbilden, den die Ersatzkassen mit Arbeitgebervertretern gemessen an der Gesamtversichertenzahl aller Ersatzkassen ausmachen. Die Gewichtung der Stimmen soll solange fortgeführt werden, wie dies zur Herstellung der Stimmenparität beider Sozialpartnergruppen erforderlich ist, d.h. solange noch nicht sämtliche Ersatzkassen Arbeitgebervertreter in ihrer Selbstverwaltung haben.

B Stellungnahme

Die Neufassung der Absätze 1 und 2 ist insoweit zu begrüßen, als sie die zunehmend paritätische Besetzung in den Selbstverwaltungsorganen der Ersatzkassen auch im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes abbildet. Zudem ist die Regelung entwicklungs offen ausgestaltet: anstelle fester Sitzzahlen pro Kassenart werden einerseits eindeutige Vorgaben für die Festlegung der Sitzverteilung durch die Satzung gemacht (paritätische Sitzverteilung soweit möglich, Parität der Stimmen sowie Abbildung der Marktanteile der Kassenarten). Andererseits ermöglicht die Regelung über die Anzahl der Arbeitgebervertreter sitze der Ersatzkassen eine Anpassung der Satzung an die fortschreitende Entwicklung, ohne dass es insoweit künftiger Gesetzesänderungen bedarf.

Im Detail besteht jedoch Nachbesserungsbedarf bei den Vorgaben bezüglich der Stimmgewichtung zur Herstellung der Stimmenparität beider Sozialpartnergruppen. Andernfalls würde ein Webfehler des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes mit nur marginalen Veränderungen auf unbestimmte Zeit fortgeschrieben. Als zusätzlicher Grundsatz sollte deswegen aufgenommen werden, dass die Stimmgewichtung zu einer größtmöglichen Annäherung an das Prinzip des gleichen Erfolgswertes aller Stimmen erfährt.

Derzeit werden sowohl die Versicherertenvertreterstimmen der Ersatzkassen als auch die Arbeitgebervertreterstimmen der Primärkassen durch Gewichtung deutlich aufge-



wertet, um einerseits die Sitze marktanteilsgerecht zu verteilen und andererseits eine Stimmenparität zu gewährleisten. Zugleich werden die Versichertenvertreterstimmen der Primärkassen deutlich abgewertet. Dies führt dazu, dass bei annähernd gleich großer Zahl von Versicherten (24,7 Mio. zu 23,6 Mio.) das Ersatzkassen-System auf der Versichertenseite mit 13 Sitzen und 20 Stimmen vertreten ist, das AOK-System hingegen nur mit 7 Sitzen und 5 Stimmen.

Die im Entwurf des GKV-Änderungsgesetz vorgeschlagene Neuregelung spricht nur davon, dass die Stimmen zu gewichten seien, soweit dies erforderlich ist, um insgesamt eine Parität der Stimmen zu erreichen. Dies lässt zwar offen, wessen Stimmen zu gewichten sind. In der Begründung wird jedoch davon gesprochen, dass es zur Herstellung der Parität notwendig sei, die Arbeitgeberstimmen der anderen Kassenarten höher zu gewichten.

Demgegenüber sollte die Parität innerhalb der jeweiligen Kassenart hergestellt werden. D.h. wie vorgesehen wird die Gesamtzahl der Sitze grundsätzlich paritätisch zur Hälfte auf die beiden Gruppen Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt, die Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen erhalten aber nur so viele Sitze, wie es dem Anteil ihrer Ersatzkassen an der Gesamtversichertenzahl aller Ersatzkassen entspricht. Die Gesamtzahl der Verwaltungsratssitze wird um die Differenz zwischen den rechnerischen Ersatzkassen-Arbeitgebervertreterstimmen und deren tatsächlichen Sitzen reduziert. Um trotz dieser fehlenden Ersatzkassen-Arbeitgeber eine vollständige Stimmparität herzustellen, werden die Ersatzkassen-Arbeitgeber-Stimmen so gewichtet, dass insgesamt eine Parität erreicht wird. Die Stimmen der Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen müssen also so gewichtet werden, dass sie derjenigen der Stimmen- (und Sitz-)anzahl der Versichertenvertreter der Ersatzkassen entspricht.

Der in Absatz 1 neu vorgesehene Satz 3, wonach für Ersatzkassen, deren Verwaltungsräte nicht paritätisch besetzt sind, nur Versichertenvertreter als Mitglieder des Verwaltungsrates zu wählen sind, ist zu streichen. Zum einen ist die Regelung überflüssig, weil eine Wahl von Arbeitgebervertretern aus diesen Kassen nicht möglich ist, zum anderen ist sie irreführend, weil sie suggeriert, dass aus dem Verwaltungsrat jeder Kasse Mitglieder gewählt werden müssten.

C Änderungsvorschlag

a) In Artikel 1 Nr. 4 a) ist im Absatz 1 der Satz 3 zu streichen.

b) In Artikel 1 Nr. 4 a) Absatz 2 sind im Satz 3 nach den Worten „sind die Stimmen“ die Worte „der Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen“ eingefügt werden.

c) In Artikel 1 Nr. 4 a) Absatz 2 sind im Satz 4 nach dem Wort „Kassenarten hat“ die Worte „bei grundsätzlich gleichem Erfolgswert der Stimmen“

d) Die Begründung der Änderung § 217c müsste entsprechend angepasst werden. Deren Absätze müssten wie folgt lauten:

„Der Spitzenverband Bund hat damit festzulegen, wie die Verwaltungsratssitze verteilt werden. Die Zusammensetzung des Verwaltungsrates ist dahingehend zu ändern,



dass Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen, die mittlerweile einen paritätisch besetzten Verwaltungsrat haben, anteilig einen Sitz erhalten.

Grundsätzlich haben alle Stimmen den gleichen Erfolgswert. Eine Stimmgewichtung ist nach wie vor insoweit erforderlich, als noch nicht alle Ersatzkassen Arbeitgebervertreter in ihrem Verwaltungsrat haben. Drei der sieben bestehenden Ersatzkassen haben infolge von Kassenvereinigungen mittlerweile paritätisch besetzte Verwaltungsräte. Zur Wahrung der Parität im Verwaltungsrat ist es insofern notwendig, die Stimmen der Ersatzkassen Arbeitgebervertreter so zu gewichten, dass die zusammen den gleichen Erfolgswert haben wie die Versichertenvertreter der Ersatzkassen.“



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 2: Artikel 1 Nr. 5a (§ 291a Abs. 7a und 7b)

Elektronische Gesundheitskarte; Anpassung der Finanzierungsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung führt dazu, dass nicht nur die an der Vereinbarung zur Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer beteiligten Parteien (also GKV-SV und KBV, KZBV oder DKG) im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle anrufen können, sondern zukünftig auch das BMG.

Eine Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Wird die Schiedsstelle vom BMG oder einer anderen beteiligten Partei angerufen und eine beteiligte Partei klagt gegen den anschließend von der Schiedsstelle festgelegten Spruch, müsste der Spruch trotzdem (ohne Verzögerung) von den Beteiligten umzusetzen sein.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Anrufungsmöglichkeit durch das BMG wird abgelehnt. Grundsätzlich kann das BMG durch die Aufsichtsfunktion und die Möglichkeit der Ersatzvornahme gestalterisch in das Verfahren eingreifen. Darüber hinaus handelt es sich bei der bisherigen Regelung um eine Zuständigkeit der Selbstverwaltung, die über diese Regelung ausgehebelt werden würde.

Die Regelung ist weiterhin ohne Vorliegen einer verbindlichen Regelung zur verpflichtenden Online-Anbindung der Leistungserbringer sehr kritisch zu sehen. Da im Gesamtprojekt bisher keine Investitions- und Planungssicherheit gegeben war, konnte durch das Aussetzen der Finanzierungsverhandlungen verhindert werden, dass für die GKV Kosten anfallen, ohne dass ein Nutzen gegeben war.

Sollte die verbindliche Regelung zur Online-Verpflichtung der Leistungserbringer zustande kommen (Entwurf wird für den 10.05.2010 erwartet), wäre die Regelung aus fachlicher Sicht weniger kritisch zu bewerten. Eine Erforderlichkeit der Regelung wird allerdings nicht gesehen.

Aus rechtlicher Sicht ist schon zweifelhaft, ob die vorgesehene Regelung überhaupt praktikabel ist, denn die Anrufung der Schiedsstelle durch das BMG wäre als ein Verwaltungsakt anzusehen, gegen den Rechtsmittel möglich sind.

Die Regelung zur Klage ist ähnlich zu bewerten. Das BMG versucht, weitere Verzögerungen zu verhindern. Diese Verzögerungen sind in der Vergangenheit jedoch nur aufgetreten, wenn keine Investitionssicherheit für die Kostenträger vorhanden war. Die Regelung zur Klage ist daher nicht erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 3: Artikel 1 Nr. 5b (§ 291b Abs. 1a)

Elektronische Gesundheitskarte; Kosten des Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI)

A Beabsichtigte Neuregelung

Das BSI spielt im Projekt Telematik eine wichtige Rolle, da die Überarbeitung der Konzepte zur Telematikinfrastruktur mit dem BSI abgestimmt werden müssen. Die vom BMG in der Begründung erwähnte umfangreiche Beratung findet und fand in diesem Rahmen tatsächlich statt.

Die Finanzierung dieser Beratungsleistung soll zukünftig aus dem Haushalt der gematik gezahlt werden. D.h. die Kosten würden letzten Endes komplett von den Kostenträgern getragen werden.

B Stellungnahme

Eine Übernahme der Kosten, die das BSI verursacht, durch die Kostenträger wird abgelehnt. Dass das BSI in dem Projekt aktiv ist, liegt auch im Interesse des BMG und des Gesamtprojektes. Darüber hinaus ist das BSI im Rahmen des Projektes innerhalb seines eigenen Aufgabenbereiches tätig.

Eine Abwälzung dieser Kosten auf die Kostenträger wird daher abgelehnt. Die für die gematik anfallenden Kosten steigen ohnehin von Jahr zu Jahr. Eine weitere Erhöhung des Haushaltes der gematik kann von den Kostenträgern nicht akzeptiert werden.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen.



Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 6-7 (§§ 307a, 307b)

Strafvorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Strafvorschrift des § 307a SGB V wird präzisiert und zugleich eine unbeabsichtigte Erweiterung der Strafvorschrift auf den Tatbestand der drohenden Zahlungsunfähigkeit verhindert. Statt eines Verweis auf die entsprechende Vorschrift in § 55 Abs. 1 KWG werden die Tatbestände in der Neuregelung ausdrücklich aufgeführt. § 307a SGB V neuer Fassung sieht eine Strafbarkeit für Vorstandsmitglieder vor, die eine Anzeige der Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig erstatten.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung stellt eine dringend erforderliche Klarstellung und Beschränkung der Strafbarkeit der Vorstandsmitglieder dar. Es wird klargestellt, dass die Strafbarkeit nach § 307a SGB V sich nicht auf den Tatbestand der „drohenden Zahlungsunfähigkeit“ bezieht. Sie beseitigt damit einen gesetzgeberischen Fehler in der alten Fassung und setzt das für Strafvorschriften bestehende gesteigerte Bestimmtheitsgebot aus Art. 20 Absatz 3 GG um. Danach darf sich die Strafbarkeit einer Handlung nicht erst aus einer dynamischen Verweisung auf eine andere Norm ergeben. Auf das gesteigerte Bestimmtheitsgebot wurde bereits – erfolglos - im damaligen Gesetzgebungsverfahren hingewiesen.

Die Klarstellung ist insbesondere deshalb dringend erforderlich, da durch das Gesetz zur Fortentwicklung des Pfandbriefrechts vom 20. März 2009 die strafbewehrte Anzeigepflicht bei Kreditinstituten in § 55 Absatz 1 KWG in Verbindung mit § 46b Absatz 1 Satz 1 KWG auf den Insolvenzgrund „drohende Zahlungsunfähigkeit“ erweitert worden ist. Durch die dynamische Verweisung in der bisherigen Fassung wird diese Erweiterung – vom Gesetzgeber unbeabsichtigt - in den Tatbestand des § 307a SGB V übernommen.

Auffällig im Vergleich zur bisherigen Verweisnorm des § 55 Absatz 2 KWG ist weiterhin, dass in der Neuregelung der Tatbestand der „nicht vollständigen“ Anzeige in der beabsichtigten Neuregelung nicht mehr vorhanden ist. Inhaltlich dürfte dies aber keine Rolle spielen, da eine nicht vollständige Anzeige nur ein Unterfall der „nicht richtigen“ Anzeige ist.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung.



Artikel 2 Änderung des vierten Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 5: Nr. 1a – neu (§ 77 Absatz 1a Satz 4 – neu)
Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird klargestellt, dass für die Beurteilung der Frage, ob die Jahresrechnung einer Krankenkasse ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild ihrer Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vermittelt, ausschließlich die Bestimmungen des Kontenrahmens zugrunde zu legen sind.

B Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Regelung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in der GKV abweichend vom Handelsrecht Besonderheiten in den Bilanzierungsvorschriften gelten und diese bei der Beurteilung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage und der Feststellung der Überschuldung berücksichtigt werden müssen. Diese Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen, da sie sachgerecht ist und gleichzeitig der Klarstellung dient. Mit diesem Änderungsantrag werden die in der Stellungnahme des Bundesrates unter 4. und 8. aufgeführten Änderungsvorschläge aufgegriffen und umgesetzt.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung

Zusätzlicher Änderungsbedarf:

Aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 26.03.2010 Drucksache 96/10 wurde die Regelung unter 9. zu Artikel 2a – neu - (§12 Absatz 3 – neu - SVRV) nicht in die Änderungsanträge übernommen. Dies ist Sicht des AOK-Bundesverbandes aus folgenden Gründen notwendig:

Erhalten die Krankenversicherungsträger ab dem 01.01.2010 nicht die Möglichkeit, schrittweise Rückstellungen für die jährlich neu erdienten Wertguthaben vorzunehmen, entsteht aufgrund der Insolvenzschutzpflicht nach § 8a ATZG eine Liquiditätsbelastung, die nicht durch ergebniswirksame Aufwendungen und damit gegebenenfalls durch Zusatzeinnahmen kompensiert werden können.

Es ist deshalb dringend erforderlich den § 12 Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) entsprechend zu ergänzen.

Es wird vorgeschlagen, folgenden Text aus der Stellungnahme des Bundesrates zu übernehmen:

In § 12 SVRV wird der folgende Absatz 3 angefügt:

„ (3) Krankenversicherungsträger bilden für die jährlich erdienten Wertguthaben aus abgeschlossenen Altersteilzeitverträgen Rückstellungen. Für bis zum 31. Dezember



2009 entstandene Wertguthaben gilt § 171 Abs. 7 SGB V. Die Berechnungsgrundlage für die Bildung der Rückstellungen ergibt sich aus den Bestimmungen zum Kontenrahmen“

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung (§ 6 Abs. 4 Satz 4 BPfIV)

A Beabsichtigte Neuregelung

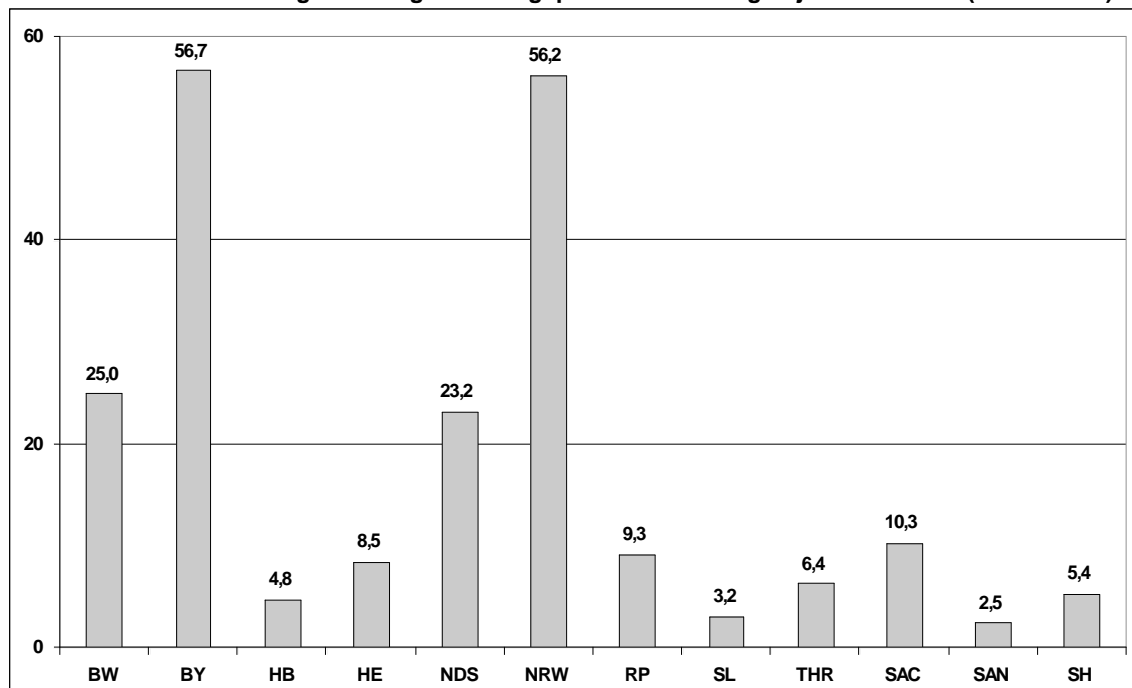
Der Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung zu Verhandlungen mit psychiatrischen Einrichtungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vor.

Hintergrund ist die in § 6 Abs. 4 BPfIV durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 25.03.2009 geschaffene Nachverhandlungsmöglichkeit von Personalstellen in der Psychiatrie. Danach kann ein Krankenhaus, das den nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erforderlichen Umfang an Personalstellen zum 31.12.2008 nicht erfüllt hat, nachträglich die Finanzierung fehlender Stellen fordern. Die beabsichtigte Neuregelung würde ohne die Berücksichtigung individueller Vereinbarungen gesetzlich vorschreiben, die tatsächlich realisierte Personalbesetzung zum Stichtag heranzuziehen.

B Stellungnahme

Die geplante Klarstellung, die statt auf die vereinbarte auf die tatsächliche Stellenanzahl zum 31.12.2008 abstellt, führt zu einer Ungleichbehandlung der Krankenhäuser. In der Konsequenz werden Krankenhäuser, die einen Personalbedarf vereinbart und von den Krankenkassen finanziert bekommen haben – eine Stellenbesetzung jedoch zum Teil unterlassen haben – nun nochmals die Möglichkeit erhalten, bereits finanzierte, aber nicht besetzte Stellen nachzuverhandeln. Das heißt, es werden diejenigen Krankenhäuser belohnt, die bereitgestellte Finanzmittel vertragswidrig nicht oder nicht vollständig zur Aufstockung des Personals verwendet haben. Durch die geplante Gesetzesänderung würde es zu einer GKV-weiten finanziellen Mehrbelastung in Höhe von mind. 211 Mio. Euro (Basis: Mehrforderungen aus dem Jahr 2009) kommen.

Geschätzte GKV-Mehrausgaben aufgrund der geplanten Änderungen je Bundesland (in Mio.Euro)





In der Begründung zum Kabinettsbeschluss vom 24.02.2010. wird angeführt:

„Hinzuweisen ist, dass bereits heute § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPfIV verlangt, dass die zusätzlichen Mittel nicht anderweitig eingesetzt werden dürfen als für die Finanzierung von zusätzlichem Personal zum Zwecke der Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung. Zur Prüfung der Einhaltung der Zweckbindung haben die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Rahmenvereinbarungen zu schließen, die eine Prüfung ermöglichen, ob die Personalausstattung nach der Psych-PV – und damit auch die aus der Nachverhandlung resultierenden zusätzlichen Stellen – in ein entsprechendes Versorgungsangebot umgesetzt wurden (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Psych-PV). Bei zweckfremder Verwendung können die Mittel nicht beansprucht werden, so dass bereits auf Basis des bestehenden Rechts eine Doppelfinanzierung in der Vergangenheit vermieden werden konnte und auch in der Zukunft vermieden werden kann.“

Bewertung der Begründung zum Kabinettsbeschluss vom 24.02.2010:

In § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPfIV wird vorgegeben, dass sicherzustellen ist, dass das Personal zum Zwecke der Umsetzung der Psych-PV nicht anderweitig eingesetzt werden darf. Daraus kann abgeleitet werden, dass die zusätzlichen Mittel nicht zweckfremd verwendet werden dürfen. Nach § 4 Abs. 4 Psych-PV besteht auch eine Möglichkeit, dass die örtlichen Vertragsparteien nach Rahmenvereinbarungen schließen können. In diesen wird eine Prüfung ermöglicht, ob die Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt worden ist. Allerdings bestehen nach dem Gesetzeswortlaut keine Sanktionsmöglichkeiten bei mangelnder Personalausstattung gegenüber dem Krankenhaus. Eine abweichende Personalausstattung bleibt somit ohne Konsequenzen. Es fehlt aktuell eine gesetzlich eindeutige Rechtsgrundlage, die eine Budgetreduktion und eine Prüfung der zweckentsprechenden Mittelverwendung vorsieht. Diese Regelung war im Rahmen einer Übergangsvorschrift für die Jahre 1991 bis 1995 in § 10 Abs. 4 Psych-PV verankert.

Aus den genannten Gründen lehnt der AOK-Bundesverband die im Gesetzentwurf vorgesehene Klarstellung ab.

Kommt es dennoch zu einer Ergänzung des § 6 Abs. 4 BPfIV im Sinne des Gesetzentwurfs vom 31.03.2010, sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes folgende Aspekte gesetzlich zu verankern:

- eine Rückzahlungsverpflichtung für die Krankenhäuser von Budgetanteilen in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten
- eine Pflicht zur Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über:
- die jahresdurchschnittliche Anzahl der Vollkräfte in den Berufsgruppen
- sowie über eine zweckentsprechende Mittelverwendung.

Durch diese vorgeschlagene Änderung wird das Konfliktpotenzial erheblich reduziert und damit ein Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet. Denn Schiedsstellenverfahren können vermieden werden und dadurch, dass keine neuen Rahmenvereinbarungen mit jedem einzelnen Krankenhaus getroffen werden müssen, wird die absehbar zusätzliche Bürokratie verhindert. Gleichwohl kommt es zu einer Aufstockung des Pflegeper-



sonals, ohne dass Finanzmittel zweckentfremdet oder doppelt finanziert werden müssen.

C Änderungsvorschlag

§ 6 Abs. 4 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Zahl der nach Satz 1 fehlenden Personalstellen bemisst sich nach der Zahl der zum Stichtag vereinbarten Personalstellen.“

Hilfsweise werden in § 6 Abs. 4 folgende neuen Sätze 5, 6 und 7 angefügt:

„Wurden die nach diesem Absatz zusätzlich vereinbarten Personalstellen während des Pflegesatzzeitraums ganz oder teilweise nicht besetzt, sind Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten zurückzuzahlen. Der Erstattungsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums zu verrechnen. Für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Anzahl der Vollkräfte der jeweiligen Berufsgruppen gem. § 5 Abs. 1 Psych-PV und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.“



III. Ergänzender Änderungsvorschlag:

Unter Bezugnahme der Stellungnahme des Bundesrates vom 26.03.2010 bzw. Gegenäußerung der Bundesregierung vom 30.03.2010

Zu Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nummer 02 und 03 - neu - der Stellungnahme des Bundesrates und zur Nr. 2 der Gegenäußerung (§ 73b Absatz 4 Satz 6 und 7, § 73c Absatz 3 SGB V)

Sicherstellungsauftrag für den Notdienst bei Verträgen zur hausarztzentrierten und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

A Vorgeschlagene Neuregelung

Nach derzeitiger gesetzlicher Regelung geht die Sicherstellung des Notdienstes bei Selektivverträgen nach § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) und § 73c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) im Umfang des dem Versorgungsauftrag zuzurechnenden Notdienst auf die Krankenkasse über.

Im Rahmen der Stellungnahme des Bundesrates vom 26.03.2010 hat dieser vorgeschlagen, diesen Grundsatz umzukehren. Danach soll die Sicherstellung des Notdienstes bei diesen Verträgen künftig zwingend bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben.

In der Gegenäußerung der Bundesregierung vom 30.03.2010 wurde die Änderung als unbegründet abgelehnt. Die Selektivvertragspartner könnten den Notdienst gegen pauschalen Kostenersatz von der Kassenärztlichen Vereinigung sicherstellen lassen, ohne dass einer zusätzlichen Bereinigung der Gesamtvergütung bedarf.

B Stellungnahme

Nach derzeitiger gesetzlicher Regelung geht die Sicherstellung des Notdienstes bei Selektivverträgen nach § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung) und § 73c SGB V (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) im Umfang des dem Versorgungsauftrag zuzurechnenden Notdienstes zwingend auf die Krankenkasse über.

Da eine Zersplitterung des Notdienstes je nach Teilnahme an einem Selektivvertrag in bestimmten Konstellationen nicht sinnvoll ist und ggf. zu nicht zweckmäßigen Doppelstrukturen führt, wollen die Selektivvertragspartner den Notdienst in einigen Fällen den Kassenärztlichen Vereinigungen rückübertragen. Dies ist im Gesetz zwar ausdrücklich gegen Aufwendungsersatz vorgesehen, allerdings besteht seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen diesbezüglich keine Verpflichtung. Die Regelung wurde deshalb zur Behinderung von Selektivverträgen sowie zu unverhältnismäßigen Vergütungsforderungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen genutzt.



Von daher ist auch bei Selektivverträgen eine subsidiäre Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung beizubehalten, den Notdienst gegen Kostenersatz sicherzustellen, soweit und solange sie den überwiegenden Anteil der ambulanten ärztlichen Versorgung durchgeführt haben.

Der Vorschlag des Bundesrates schießt jedoch über das Ziel hinaus. Er legt in Umkehrung der bisherigen Regelung fest, dass der Sicherstellungsauftrag zwingend bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu belassen sei. Dadurch können die Selektivvertragspartner den Notdienst auch dann nicht übernehmen, wenn es sinnvoll und zweckmäßig wäre.

Der AOK-Bundesverband schlägt deshalb vor, den Vertragsparteien des Selektivvertrages - wie bei den anderen Leistungen auch – die Entscheidung darüber zu belassen, ob sie den dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag zuzurechnenden Notdienst übernehmen oder gegen Kostenersatz bei der Kassenärztlichen Vereinigung belassen wollen. Eine solche Regelung sicherte den Parteien die ursprünglich beabsichtigten Freiheiten in der Gestaltung der Versorgung.

Gesonderte gesetzliche Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung sind nicht zu treffen. Zusätzliche Bereinigungsverfahren fallen nicht an.

C Änderungsvorschlag

In § 73b Absatz 4 SGB V wird Satz 7 durch folgenden Satz ersetzt:

„Der der hausarztzentrierten Versorgung zuzurechnende Notdienst nach § 75 Absatz 1 Satz 2 kann von den Krankenkassen übernommen werden.“

In § 73c Absatz 3 SGB V wird der Satz 5 durch folgenden Satz ersetzt:

„Der diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnende Notdienst nach § 75 Absatz 1 Satz 2 kann von den Krankenkassen übernommen werden.“



IV. Änderungsantrag SPD Fraktion

§ 130a Abs. 1a SGB V Herstellerabschlag

Der Änderungsantrag der SPD zielt auf eine Erweiterung der Abschlagsbefreiung für diesen erhöhten Herstellerabschlag für Importarzneimittel, die entsprechend § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V als preisgünstig gelten.

Eine generelle Befreiung für nach den bisherigen gesetzlichen Maßstäben als preisgünstig anzusehende Importarzneimittel vom geplanten erhöhten Herstellerabschlag, ist nicht sachgerecht. Bei Umsetzung der Forderung könnte im Einzelfall ein solches Importarzneimittel für die GKV teurer sein als das mit dem erhöhten Herstellerabschlag belegte Originalpräparat.

Laut BMG-Eckpunkten zur Arzneimittelreform ist eine gesetzliche Überprüfung der Importregelung geplant. Dies ist vor dem Hintergrund, dass der gesetzlich definierte Preisabstand insbesondere im hochpreisigen Marktsegment zum Teil lediglich zu marginalen Preisabschlägen gegenüber den Originalpräparaten führt, insbesondere im Hinblick auf die Bestimmung der „Preisgünstigkeit“ zu begrüßen.



V. Antrag und Änderungsantrag der Fraktion Die Linke

Der Antrag der Fraktion Die Linke beinhaltet ein umfassendes Paket an Forderungen für Reformen zum Arzneimittelmarkt. Im Einzelnen soll ein Verfahren zur zentralen Verhandlung bzw. Festlegung von Arzneimittelpreisen etabliert werden, welches ggf. durch eine transparente und schnelle Kosten-Nutzen-Bewertung unterstützt wird. In diesem Zusammenhang wird die umfängliche Veröffentlichung relevanter medizinischer wie auch ökonomischer Informationen eingefordert. Zudem soll auch die nichtkommerzielle klinische Forschung gefördert werden. Ergänzend soll eine Beschränkung der Werbung für Arzneimittel bei Ärzten und Patienten durch die pharmazeutische Industrie umgesetzt werden.

Die Intention des Änderungsantrags für eine Erhöhung der Transparenz und Evidenz bei versorgungsrelevanten Entscheidungen im Arzneimittelbereich ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch sind einzelne Forderungen kritisch zu bewerten. Nachfolgend sollen einzelne Aspekte näher beleuchtet werden:

- Die Etablierung eines zentralen Verfahrens zur Festlegung bzw. Verhandlung von Arzneimitteln ist zu unterstützen. Einschränkend sei darauf hingewiesen, dass mit dem Festbetragsverfahren ein solches Instrument bereits für einen Teilmarkt existiert, so dass hier im Wesentlichen der Markt der neuen, patentgeschützten Arzneimittel ohne Analogcharakter betroffen sein sollte.
- Die Einbeziehung einer umfassenden Evidenz medizinischer und ökonomischer Daten erscheint auf den ersten Blick einleuchtend.

So sollten in einem solchen Verfahren alle vorhandenen Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Sicherheit vorliegen. Da diese Unterlagen bereits im Rahmen der Zulassung vorgelegt werden müssen, wäre der Hersteller zu verpflichten, diese auch für das zentrale Verfahren vorzulegen. Jedoch lässt die zunehmende Globalisierung der Unternehmen sowie die steigenden Unternehmensverflechtungen die Möglichkeiten für eine valide separate Betrachtung der Kosten für Forschung und Entwicklung eines Arzneimittels problematisch erscheinen. In diesem Zusammenhang sei auf die Verflechtung der Firmen Genentech, Roche und Novartis sowie die Entwicklung von Lucentis® und Avastin® aus einem gemeinsamen Vorläufer verwiesen.

Hingegen ist es einleuchtend, durch Preisvergleiche mit anderen Ländern eine Preiadjustierung zu erreichen. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass Deutschland als Referenzpreisland zum Teil unverhältnismäßig hohe Preise bei patentgeschützten Arzneimitteln aufweist.

Die Forderung nach einer transparenten und schnellen Kosten-Nutzen-Bewertung ist in diesem Kontext sinnvoll und nachvollziehbar. Die bestehende Kosten-Nutzen-Bewertung nach § 35 b Abs.1 Satz 3 SGB V wurde mit dem GKV-WSG eingeführt. Nach § 31 Abs. 2a SGB V stützt sich der GKV-Spitzenverband bei der zentralen Festsetzung eines Höchstbetrags für ein bewertetes Arzneimittel nach Anhörung des Herstellers auf diese Bewertung. Inzwischen hat der G-BA die ersten Aufträge für eine Kosten-



Nutzen-Bewertung erteilt; Ergebnisse liegen jedoch noch nicht vor. Daher erscheint es sachgerecht, erste Erkenntnisse aus abgeschlossenen Verfahren der Kosten-Nutzen-Bewertung zunächst abzuwarten, bevor eine Adaptation oder ein Neuzuschnitt dieses Verfahrens angegangen wird.

- Zu unterstützen ist die Forderung nach erhöhter Transparenz bezüglich den Ergebnissen aus klinischen Studien. Die Etablierung des Deutschen Registers Klinischer Studien könnte dazu genutzt werden, hier durch Verpflichtung der Hersteller zur Meldung ihrer Studien eine deutliche Erhöhung der Transparenz zu erzielen, der ebenso dem bekannten Publikationsbias entgegenwirkt.
- Ebenso ist die Zielrichtung einer wertfreien und transparenten Information zu Arzneimitteln gegenüber Ärzten und Patienten zu begrüßen.

Änderungsantrag Die Linke zu Artikel 1 Nr. 1 § 130a Abs. 3b SGB V

Der Änderungsantrag der Fraktion Die Linke formuliert eine Einbeziehung von patentgeschützten Analogpräparaten unter den Herstellerabschlag für festbetragsregulierte Arzneimittel. Dies ist sachgerecht. Bislang sind diese Präparate vollständig vom Herstellerabschlag befreit. Da es sich hier um Präparate ohne weiteren relevanten therapeutischen Zusatznutzen insbesondere im Vergleich zu den anderen Arzneimitteln der Festbetragsgruppe handelt, wäre eine Gleichbehandlung angemessen.