

(14) Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

Zu 0164

Eingang am 30.1.2007

zu TOP 1 der TO

am 31. 1.2007

16. Wahlperiode

Änderungsantrag 1 - neu -(ersetzt Änderungsantrag 1 in Ausschussdrucksache 0164 vom 16.01.2007)

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. 2 (§ 5)

Artikel 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa) Das Wort "ihrer" wird durch das Wort "seiner" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit."

b) In Buchstabe c wird Absatz 8a Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der

Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht."

Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Korrektur eines grammatischen Fehlers.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe b

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

Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung. Der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 für längstens einen Monat findet keine Anwendung. Um eine Ungleichbehandlung der freiwilligen Mitglieder mit den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherten zu verhindern, wird durch Satz 4 gesetzlich klargestellt, dass sich die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 ebenfalls ohne Anwendung des § 19 Abs. 2 an das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung anschließt. Auch mit dieser Regelung wird ein Anliegen des Bundesrates aufgegriffen.

Änderungsantrag 2 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 2 in Ausschussdrucksache 0164 vom 16.01.2007)

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. 3 (§ 6)

Artikel 1 Nr. 3 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) In Absatz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „übersteigt“ die Wörter „und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ eingefügt.“

b) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) In Absatz 3a Satz 4 werden nach der Angabe „Arbeitslosengeld II“ die Wörter „und für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind“ eingefügt.“

c) Dem Buchstaben c wird folgender Doppelbuchstabe cc angefügt:

„cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„Ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in einem von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren liegt vor, wenn das tatsächlich im Kalenderjahr erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Für Zeiten, in denen bei fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis kein Arbeitsentgelt erzielt worden ist, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung sowie bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, ist ein regelmäßiges Arbeitsentgelt in der Höhe anzusetzen, in der es ohne die

Unterbrechung erzielt worden wäre. Für Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit, für Zeiten, in denen als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst nach dem Entwicklungshelfergesetz geleistet worden ist, sowie im Falle des Wehr- oder Zivildienstes ist ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach diesen Zeiträumen eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird; dies gilt auch für Zeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3.““

d) Buchstabe e wird wie folgt geändert:

aa) Die Wörter „(Einfügen: Tag der ersten Lesung)“ werden durch die Wörter „(Einfügen: Tag der dritten Lesung) wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Satz 1 gilt auch für Arbeiter und Angestellte, die am (Einfügen: Tag der dritten Lesung) nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3 von der Versicherungspflicht befreit waren. Arbeiter und Angestellte, die freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, und nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen, gelten bis zum 31. März 2007 als freiwillige Mitglieder.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Satz 2 der Neuregelung sieht vor, dass im Rahmen eines fortbestehenden Beschäftigungsverhältnisses die Versicherungsfreiheit nicht beeinträchtigt wird, wenn vorübergehend kein Arbeitsentgelt bezogen wird, wie etwa bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung. Daher wird in diesem Fall für die Beurteilung der Versicherungspflicht das Arbeitsentgelt zu Grunde gelegt, das ohne die Unterbrechung bezogen worden wäre. In beiden Fällen, d.h. bei kurzfristiger Unterbrechung der Beschäftigung oder kurzzeitiger Absenkung des Einkommens, wäre es nicht sachgerecht, wenn die 3Jahres-Frist für den Wechsel zur privaten Krankenversicherung nach dieser Unterbrechung erneut vollständig zurückgelegt werden müsste.

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

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

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

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Mit der Regelung in Satz 3 wird der Verwaltungsaufwand der Arbeitgeber und der gesetzlichen Krankenkassen in Zusammenhang mit der Neuregelung zur Versicherungsfreiheit von

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

**Änderungsantrag 7 - neu -(ersetzt Änderungsantrag 7 in Ausschussdrucksache
0164 vom 16.01.2007)**

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. 45 (§ 73b)

(Hausarztzentrierte Versorgung)

In Artikel 1 Nr. 45 wird § 73b wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird die Angabe "Abs. 1b" gestrichen.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach Wort "Behandlung" die Wörter "mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte" eingefügt.
 - bb) In Satz 4 wird vor dem Wort "Ausnahmen" das Wort "weiteren" eingefügt.
- c) In Absatz 4 wird in Satz 2 der Punkt am Ende der Nummer 3 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 angefügt:

"4. Kassenärztliche Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben."
- d) In Absatz 5 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

"Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich."
- e) In Absatz 7 Satz 2 wird die Angabe "§ 85a Abs. 3 Satz 2" durch die Angabe "§ 87a Abs. 3 Satz 2" ersetzt.

f) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

"(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden."

Begründung

Zu Buchstabe a

Beseitigung eines Redaktionsversehens

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Die Änderung ergänzt die Aufzählung der möglichen Vertragspartner eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung: Den Krankenkassen wird die Möglichkeit eingeräumt, solche Verträge auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen. Voraussetzung für die Vertragspartnerschaft einer Kassenärztlichen Vereinigung ist allerdings, dass sie von Gemeinschaften der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern ermächtigt worden sind. Dies bedeutet einerseits, dass eine Kassenärztliche Vereinigung nicht verpflichtet ist, einen entsprechenden Vertrag nach § 73b zu schließen. Andererseits hat sie, da es sich bei der hausarztzentrierten Versorgung nicht um die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Versorgung handelt, kein originäres Recht zur

Vertragspartnerschaft, sondern ist abhängig von einer Ermächtigung durch Gemeinschaften von Hausärzten wie z. B. den einschlägigen Berufsverbänden. Nur soweit der von ihr mit einer Krankenkasse ausgehandelte Vertrag von der Ermächtigung der Gemeinschaft gedeckt ist, die Gemeinschaft also dem vereinbarten Vertragsentwurf ausdrücklich zustimmt, ist die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt und befugt, den Vertrag im eigenen Namen für die Gemeinschaft zu schließen. Die Berechtigung der einzelnen Hausärzte zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung auf Grund eines von einer Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossenen Vertrages ergibt sich aus der internen Organisationsstruktur der Gemeinschaft, vom dem die Kassenärztliche Vereinigung ihre Befugnis zum Vertragsschluss ableitet. Es besteht daher auch keine öffentlichrechtliche Verpflichtung des Hausarztes auf Grund seines Vertragsarztstatus, sich an der Umsetzung eines mit Wirkung für seinem Berufsverband von der Kassenärztliche Vereinigung abgeschlossenen Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung zu beteiligen.

Zu Buchstabe d

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

Zu Buchstabe e

Redaktionelle Folgeänderung

Zu Buchstabe f

Die Regelung stellt klar, dass in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung vereinbart werden kann, zusätzliche Vergütungen durch Einsparungen im vom Hausarzt der hausarztzentrierten Versorgung verantworteten Bereich, z.B. in den Leistungsbereichen der veranlassten und verordneten Leistungen, zu generieren. Die Verpflichtung, die Gesamtvergütung nach Absatz 7 zu bereinigen, umfasst nur solche Leistungsbereiche und die

dafür gezahlten Vergütungsanteile, die aus der vertragsärztlich organisierten hausärztlichen Versorgung in die einzelvertraglich organisierte hausarztzentrierte Versorgung übergehen und nicht zusätzliche Leistungen und deren Vergütung.

**Änderungsantrag 12 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 12 in Ausschuss-
drucksache 0164 vom 16.01.2007)**

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. 111 (§ 137a)

(Umsetzung der Qualitätssicherung)

Artikel 1 Nr. 111 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter "nach öffentlicher Ausschreibung" durch die Wörter "im Rahmen eines Vergabeverfahrens" ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „in allen Versorgungsbereichen“ gestrichen.
 - bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

"Die Institution nach Absatz 1 hat die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 erhobenen und gemäß Satz 2 übermittelten Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in einem transparenten Verfahren und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften vorzuhalten und auszuwerten."
- c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Rahmen der Beauftragung sicherzustellen, dass die an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 2 beteiligten Institutionen und Personen mögliche Interessenkonflikte offen zu legen haben.“

Begründung

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe c

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

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