

**(14) Ausschuss für Gesundheit**

**Ausschussdrucksache**

**0176**

**Eingang am 30.1.2007**

**zu TOP1 der TO**

**am 31.1.2007**

**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)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 13)

(Kostenerstattung)

Artikel 1 Nr. 8 (§ 13 Abs. 2) wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

"a) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

"Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind."

b) Folgender Buchstabe wird eingefügt:

"b) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

"Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich."

- c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

Begründung:

**Zu Buchstabe a**

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

**Zu Buchstabe b**

Die erfolgte Beratung ist gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu dokumentieren. Zur Erleichterung der Wahl der Kostenerstattung wird es künftig möglich sein, die Wahl auf einzelne Leistungsbereiche zu beschränken. Bisher war es nur möglich, die Kostenerstattung auf den gesamten Bereich der ambulanten Versorgung zu erstrecken. Künftig können Versicherte auch nur für ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, für die stationäre Versorgung oder für veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel usw.) Kostenerstattung wählen.

Die Versicherten bleiben an ihre Wahl ein Jahr gebunden.

**Zu Buchstabe c**

Redaktionelle Folgeänderung.

## **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. 23 (§ 37b)

(ambulante Palliativversorgung)

In Artikel 1 Nr. 23 werden in § 37b Abs. 3 Nr. 2 nach den Wörter "ambulanten Hospizdiensten"  
die Wörter "und stationären Hospizen (integrativer Ansatz)" eingefügt.

### Begründung

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

### **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. 51 (§ 82)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 1 Nr. 51 wird in Buchstabe c die Angabe "§ 85a Abs. 3" durch die Angabe " § 87a Abs. 3" ersetzt.

#### Begründung

Redaktionelle Folgeänderung.

## **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. 52 (§ 83) (Redaktionelle Folgeänderung zur neuen Verbändestruktur)

Artikel 1 Nr. 52 wird wie folgt gefasst:

"52. "In § 83 Satz 1 werden die Wörter "Verbänden der" und "mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart" gestrichen, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"die Landesverbände der Krankenkassen schließen die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart.""

### Begründung

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

## **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. 59 (§ 89)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 1 Nr. 59 wird in Buchstabe d die Angabe "85a" durch die Angabe "87a" ersetzt.

### Begründung

Redaktionelle Folgeänderung.

## **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. 70 (§ 104) (Unterversorgungsfeststellung/Redaktionelle Folgeänderung)

Artikel 1 Nr. 70 wird wie folgt gefasst:

"70. § 104 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort "unmittelbar" durch die Wörter "in absehbarer Zeit" ersetzt.
- b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

"(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Zahnärzte."

### Begründung

#### **Zu Buchstabe a**

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

#### **Zu Buchstabe b**

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



## **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. 88a - neu - (§ 121)

(Belegärztliche Vergütung)

In Artikel 1 wird nach Nummer 88 folgende Nummer 88a eingefügt:

"88a. Dem § 121 wird folgender Absatz 4 angefügt:

"(4) Der Bewertungsausschuss hat in einem Beschluss nach § 87 mit Wirkung zum 1. April 2007 im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 3 Satz 2 und 3 zu treffen.""

### Begründung

Der Änderungsantrag gewährleistet, dass der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss die bestehenden Probleme bei der belegärztlichen Vergütung mit einer Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) kurzfristig löst.

## **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. 90 (§ 124)

(Zulassung der Heilmittelerbringer)

In Artikel 1 Nr. 90 Buchstabe c wird die Angabe "31. Dezember 2007" durch die Angabe "30. Juni 2008" ersetzt.

### Begründung

Bei der Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der zeitlichen Verschiebung der Aufgabenübertragung auf den Spitzenverband Bund erforderlich geworden 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. 95 (§ 129)

(Beibehaltung des einheitlichen  
Apothekenabgabepreises; Zytostatika-  
Versorgung)

Artikel 1 Nr. 95 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe a wird Doppelbuchstabe aa aufgehoben; die bisherigen Doppelbuchstaben bb und cc werden aa und bb.
- b) Buchstabe c Doppelbuchstabe bb wird wie folgt geändert.
  - aa) Satz 1 und 2 werden aufgehoben.
  - bb) Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst: "Die Versorgung mit in Apotheken hergestellten Zytostatika zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten kann von der Krankenkasse durch Verträge mit Apotheken sichergestellt werden; dabei können Abschläge auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und die Preise und Preisspannen der Apotheken vereinbart werden."
- c) Die Buchstaben d und e werden aufgehoben; die Buchstaben f und g werden d und e.

### Begründung

#### **Zu Buchstabe a**

Folgeänderungen zur Streichung des Höchstpreissystems.

#### **Zu Buchstabe b**

#### **Zu Buchstabe aa**

Folgeänderungen aufgrund der Streichung des Höchstpreissystems.

#### **Zu Buchstabe bb**

Für Zytostatikarezepturen zur Behandlung onkologischer Erkrankungen die im Rahmen der ärztlichen Behandlung unmittelbar am Patienten angewendet werden, wird durch diese Regelung die bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit redaktionell angepasst, Preisabschlüsse für diese spezielle Versorgung zu vereinbaren. Hierdurch können besondere Fallgestaltungen der Versorgung mit Zytostatika-Rezepturen sachgerecht berücksichtigt werden. Krankenkassen können zur Versorgung von Arztpraxen mit Zytostatika-Rezepturen Verträge mit Apotheken schließen. Der Wortlaut der Neuregelung sieht dazu ausdrücklich vor, dass dabei sowohl die Einkaufspreise bzw. die Abgabepreise für Zytostatika gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmer, als auch die Vergütung der Apotheken für die Zytostatika-Zubereitung vereinbart werden kann. Rechtsgrundlage für die Preis-Vereinbarung mit pharmazeutischen Unternehmern ist § 130a Abs. 8 SGB V. Apotheken können demnach von Krankenkassen beauftragt werden, mit dem pharmazeutischen Unternehmer Abschlüsse auf dessen Abgabepreis zu Gunsten der Krankenkassen zu vereinbaren. Eine entsprechende Beauftragung von Apotheken ist im Rahmen des Vertrags mit der Krankenkasse für Zytostatika-Rezepturen möglich und wirtschaftlich sinnvoll. Rabatte nach § 130a Abs. 8 fließen der Krankenkasse zu und sind von der Rabattregelung des § 7 Heilmittelwerbegesetzes nicht berührt, da diese Vorschrift nur Rabatte regelt, die in eigener Zuständigkeit von Apotheken auf eigene Rechnung erzielt werden.

#### **Zu Buchstabe c**

Folgeänderungen zur Streichung des Höchstpreissystems.

## **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. 103 (§ 133)

(Abschlag bei Fahrkosten)

Artikel 1 Nr. 103 wird wie folgt gefasst:

"In § 133 Abs. 1 werden Satz 4 und 5 aufgehoben."

### Begründung

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

## 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. 122 (§ 140f)

(Patientenbeteiligung)

Artikel 1 Nr. 122 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe a wird in Doppelbuchstabe aa die Angabe "Satz 2" durch die Angabe "Satz 3" und in Doppelbuchstabe bb die Angabe "Satz 4" durch die Angabe "Satz 5" ersetzt.
- b) Folgender Buchstabe c wird angefügt:

"c) Folgender Absatz wird angefügt:

"(6) Die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts nach Absatz 2 vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch geeignete Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich unterstützt. Hierzu kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Stabstelle Patientenbeteiligung einrichten. Die Unterstützung erfolgt insbesondere durch Organisation von Fortbildung und Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, koordinatorische Leitung des Benennungsverfahrens auf Bundesebene und bei der Ausübung des in Absatz 2 Satz 4 genannten Antragsrechts."

Begründung:

**Zu Buchstabe a**

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

**Zu Buchstabe b**

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

Deshalb wird eine Unterstützung der sachkundigen Personen, aber auch der benannten oder anerkannten Patientenorganisationen, durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich im Gesetz verankert. Sie erstreckt sich auf organisatorische und inhaltliche Dienstleistungen, die bisher durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses mit dem Hinweis auf eine fehlende gesetzliche Grundlage abgelehnt wurden. Hierzu zählen beispielsweise spezielle Fortbildungen, insbesondere zu den formalen Voraussetzungen der Antragstellung, für die Patientenvertreterinnen und -vertreter, aber auch die Beschaffung von kostenpflichtigen Studien. Weiterhin soll die Antragstellung nach § 140f Abs. 2 Satz 4 SGBV in medizinischer und rechtlicher Hinsicht, insbesondere zu neuen Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, unterstützt werden. Dies ist wegen der umfangreichen Antragsvoraussetzungen erforderlich. Nach § 11 Abs. 3 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen im Antrag die zu prüfende Methode in ihrer Art, die zu prüfenden Indikationen und indikationsbezogenen Zielsetzungen beschrieben, die Rechtsgrundlagen der beantragten Entscheidung angegeben werden und es soll eine

substantiierte Begründung enthalten sein. Dabei sind in der Begründung indikationsbezogen Angaben zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit der zu beratenden Methode jeweils auch im Vergleich zu bereits erbrachten Methoden zu machen und mit Unterlagen zu belegen. Die Patientenvertreterinnen und -vertreter haben bisher keine derartigen Anträge gestellt, da sie die weitreichenden Begründungsvoraussetzungen ohne geschulten Beistand nicht bewältigen können.

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



## Änderungsantrag 12

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. 124 (§ 155)

(Haftung nach Schließung einer  
Betriebskrankenkasse)

Artikel 1 Nr. 124 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) In Absatz 4 werden die Sätze 3 bis 5 durch folgende Sätze ersetzt:

„Reicht das Vermögen des Arbeitgebers nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Betriebskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Betriebskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Erfüllung der Verpflichtungen nach den Sätzen 3 und 4 kann nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen verlangt werden, der die Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen vornimmt und die zur Tilgung erforderlichen Beträge von den Betriebskrankenkassen anfordert. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge und gegen ihre Vollstreckung haben keine aufschiebende Wirkung.““

b) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Für die Erfüllung

1. einer am 1. Januar 2008 bestehende Verschuldung,
  2. der sonstigen Schließungskosten, wenn die Auflösung oder Schließung innerhalb von 10 Jahren nach dem 1. Januar 2008 erfolgt und die an diesem Tag bestehende Verschuldung nach Nummer 1 zum Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung noch nicht getilgt war,
  3. der Ansprüche der Leistungserbringer und die Ansprüche aus der Versicherung sowie
  4. der Forderungen auf Grund zwischen- und überstaatlichen Rechts
- einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse haftet auch die neue Krankenkasse, wenn sich eine Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. Die Haftung nach Satz 1 wird nicht dadurch berührt, dass sich die aufgelöste oder geschlossene Betriebskrankenkasse nach dem 1. April 2007 mit einer anderen Krankenkasse nach § 171a vereinigt hat und die neue Krankenkasse einer anderen Kassenart angehört. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt für jede Betriebskrankenkasse die Höhe der am 1. Januar 2008 bestehenden Verschuldung feststellt und nimmt ihre Verteilung auf die einzelnen Betriebskrankenkassen bei Auflösung oder Schließung einer Betriebskrankenkasse vor. Absatz 4 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.““

Begründung:

**Zu Buchstabe a**

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

## **Zu Buchstabe b**

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

## 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. 125 (§ 164)

(Abwicklung von Innungskrankenkassen)

In Artikel 1 Nr. 125 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

„a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 4 bis 6 werdend durch folgende Sätze ersetzt:

„Reicht das Vermögen der Handwerksinnung nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die Satzung der geschlossenen Innungskrankenkasse eine Regelung nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 enthält; in diesem Fall haben die übrigen Innungskrankenkassen die Verpflichtungen zu erfüllen. Für die Haftung nach den Sätzen 4 und 5 gilt § 155 Abs. 4 Satz 5 und 6 und Abs. 5 entsprechend.“

bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 6“ durch die Angabe „§ 155 Abs. 4 Satz 7“ ersetzt.

cc) Satz 8 wird aufgehoben.“

### Begründung

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

## **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. 129 (§ 171)

(Abwicklung einer Ersatzkasse)

Artikel 1 Nr. 129 wird wie folgt gefasst:

„129. In § 171 werden die Sätze 2 und 3 durch folgenden Satz ersetzt:

„Reicht das Vermögen einer geschlossenen Ersatzkasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, gilt § 155 Abs. 4 Satz 4 bis 6 und Abs. 5 entsprechend.““

### Begründung

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

## 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. 131 (§ 171b)

(Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen)

Artikel 1 Nr. 131 wird wie folgt gefasst:

„131. Nach § 171a wird folgender § 171b eingefügt:

„§ 171b

Einführungsregelung zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen

Die Krankenkassen bilden vom 1. Januar 2010 an einen Kapitalstock zur Absicherung ihrer Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, der im Insolvenzfall ausschließlich zur Befriedigung der unverfallbaren Versorgungsanswartschaften zur Verfügung steht und zum Zeitpunkt der Anwendbarkeit der Insolvenzordnung auf alle Krankenkassen eine Überschuldung wegen ungedeckter Versorgungsverpflichtungen ausschließt. Der Zeitpunkt, von dem an die Insolvenzordnung für alle Krankenkassen gelten soll, die Abgrenzung der Verpflichtungen aus Versorgungszusagen, die Festlegung der für die Krankenkassen nach Einführung der Insolvenzfähigkeit maßgeblichen Rechnungslegungsvorschriften sowie das Entfallen der Haftung der Länder nach § 12 Abs. 2 der Insolvenzordnung spätestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsfonds wird durch Bundesgesetz geregelt.“

Begründung:

zu Satz 1:

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

zu Satz 2:

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

## **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. 138 (§ 190)

(Ende der Mitgliedschaft)

In Artikel 1 Nr. 138 Buchstabe b wird Absatz 13 wie folgt gefasst:

„(13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.“

### Begründung:

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



## **Änderungsantrag 17**

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 (§ 217e)

(Sitz des Spitzenverbandes/ der  
Verbindungsstelle)

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

a) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

"Der Spitzenverband Bund hat seinen Sitz in Berlin; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz bestimmen. Die Verbindungsstelle (§219a) hat ihren Sitz in Bonn; die Satzung kann einen davon abweichenden Sitz in Berücksichtigung der spezifischen Aufgabenstellung festlegen."

b) In dem neuen Satz 5 wird die Nummer 1 gestrichen. Die bisherigen Nummern 2 bis 10 werden 1 bis 9. In dem neuen Satz 5 Nr. 1 werden nach dem Wort "Vorstandes" die Wörter "sowie die Ergänzung des Verwaltungsrates bei vorzeitigem Ausscheiden eines Mitglieds" eingefügt.

Begründung:

### **Zu Buchstabe a**

Die Festlegung des Standortes Berlin entspricht dem mutmaßlichen Willen des zukünftigen Spitzenverbandes Bund. Schließlich hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem Jahr 2009 seinen Sitz in Berlin gewählt. Für die Verbindungsstelle stellt sich die Sachlage anders da. Es soll dem Spitzenverband Bund überlassen sein den Sitz der Verbindungsstelle getrennt von

dem Hauptsitz des Spitzenverbandes festzulegen. Hierbei wird insbesondere zu berücksichtigen sein, wo das Hauptschwergewicht der Aufgabenerfüllung der DVKA zu erledigen ist.

**Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Anpassung. Überdies hat die Satzung Bestimmungen darüber zu enthalten, wie vorzeitig ausscheidende Verwaltungsratsmitglieder ersetzt 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. 153 (§ 221)

(Bundeszuschuss)

Artikel 1 Nr. 153 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a werden die Wörter "2008 1,5 Milliarden Euro" durch die Wörter "2007 und das Jahr 2008 jeweils 2,5 Milliarden Euro" ersetzt.

b) Folgende Buchstaben werden eingefügt:

"b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Leistungen des Bundes erhöhen sich in den Folgejahren um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro."

"c) Folgender Satz wird angefügt:

"Ab dem Jahr 2009 erfolgen die Leistungen des Bundes in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds."

c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe d.

### Begründung

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

Mit Einführung des Gesundheitsfonds erfolgt die Leistung an diesen.

## **Änderungsantrag 19**

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. 174a - neu - (§ 258) (Beitragszuschuss für besondere  
Personengruppen)

In Artikel 1 wird nach Nummer 174 folgende Nummer 174a eingefügt:

"174a. In § 258 Satz 3 wird die Angabe "bis 2c" gestrichen."

### Begründung:

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

## **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. 183 (§ 272)

(Übergangsregelung zur Einführung des  
Gesundheitsfonds)

In Artikel 1 Nr. 183 werden in § 272 Abs. 4 Satz 1 die Wörter „über die Datenerhebung“ gestrichen.

### Begründung:

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

## **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. 185 (§ 275)

(Medizinischer Dienst)

In Artikel 1 Nr. 185 Buchstabe c wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer  
angefügt:

" 4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus  
Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66)."

### Begründung:

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

## **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. 191 (§ 284)

(Redaktionelle Folgeänderung)

In Artikel 1 Nr. 191 wird in Buchstabe a die Angabe "85d" durch die Angabe "§§ 85a bis 85d" und die Angabe "85c" durch die Angabe "§§ 85c und 87a bis 87c" ersetzt.

### Begründung:

Redaktionelle Folgeänderung.



## 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. 212 (§ 314)

(Beitragszuschüsse für Beschäftigte)

Artikel 1 Nr. 212 wird wie folgt gefasst:

"212. Folgendes Kapitel wird angefügt:

"Dreizehntes Kapitel  
Weitere Übergangsvorschriften

§ 314  
Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Versicherungsverträge, die den Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zum Gegenstand haben, werden auf Antrag der Versicherten auf Versicherungsverträge nach dem Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

(2) Zur Gewährleistung der in § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Begrenzung bleiben im Hinblick auf die ab 1. Januar 2009 weiterhin im Standardtarif Versicherten alle Versicherungsunternehmen, die die nach § 257 Abs. 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c in der bis 31.

Dezember 2008 geltenden Fassung genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird."

Begründung:

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

## 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. 213 - neu - (§ 315 - neu -)

Dem Artikel 1 wird nach Nummer 212 folgende Nummer 213 angefügt:

"213. Nach § 314 wird folgender § 315 angefügt:

#### "§ 315

Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nummer 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der

Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Abs. 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt."

#### Begründung:

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

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

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

## **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 2 Nr. 01 (§ 6)

Artikel 2 Nr. 01 wird wie folgt gefasst:

„01. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden die Wörter „dies gilt nicht für Seeleute;“ gestrichen.
- b) In Absatz 3a Satz 4 werden die Wörter „Bezieher von Arbeitslosengeld II und“ gestrichen.“

### Begründung:

#### **Zu Buchstabe a**

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

#### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b, die erforderlich geworden ist, weil die Regelungen zur Einrichtung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung erst zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

## **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 2 Nr. 29 (§ 221)

(Bundeszuschuss – Zahlung an den  
Gesundheitsfonds)

Artikel 2 Nr. 29 wird wie folgt gefasst:

"Nr. 29            § 221 wird wie folgt geändert:

a)        Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa)       Die Absatzbezeichnung (1) wird gestrichen.

bb)       Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

b)        Absatz 2 wird aufgehoben.

Begründung:

### **Zu Buchstabe a**

Da die Bundesmittel ab 2009 direkt an den Gesundheitsfonds gezahlt werden, bedarf es der Bestimmung einer zentralen Stelle zur Abrechnung zwischen Krankenkassen und Bundesversicherungsamt nicht mehr; ebenso entfällt die Auszahlung der Bundesmittel an diese Stelle durch das Bundesversicherungsamt.

**Zu Buchstabe b**

Die Rechtsverordnungsermächtigung des bisherigen Absatzes 2 entfällt, da die Bundesmittel ab 2009 direkt an den Gesundheitsfonds gezahlt werden und es keines speziellen Verteilungsverfahrens mehr bedarf.



## **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 5 Nr. 1a (§ 24)

(Säumniszuschlag für KVLG-Versicherte)

In Artikel 5 Nr. 1a werden nach den Wörtern "freiwillig Versicherte" ein Komma eingefügt und die Wörter "und Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches" durch die Wörter "Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte" ersetzt.

### Begründung:

Die Änderung behebt ein redaktionelles Versehen und stellt klar, dass die Verpflichtung zur Zahlung der erhöhten Säumniszuschläge wirkungsgleich auf Versicherte in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung übertragen wird, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen.

## **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 10

(SGB XII)

Artikel 10 wird wie folgt gefasst:

#### **"Artikel 10**

#### **Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 32 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert wurde, wird wie folgt geändert:

#### **"§ 32**

#### **Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung**

(1) Für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, des § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches und des § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten, werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllen. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden. Bei Pflichtversicherten im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches und des § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, sind die Beiträge auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an diese zu zahlen; die Leistungsberechtigten sind hiervon sowie von einer Verpflichtung nach § 19 Abs. 5 schriftlich zu unterrichten. Die Anforderung der Krankenkasse nach Satz 4 hat einen Nachweis darüber zu enthalten, dass

eine zweckentsprechende Verwendung der Leistungen für Beiträge durch den Leistungsberechtigten nicht gesichert ist.

(2) Für freiwillig Versicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 8 des Fünften Buches oder des § 6 Abs. 1 Nr. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte können Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, soweit die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllt sind. Zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung werden solche Beiträge übernommen, wenn Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden.

(3) Soweit nach den Absätzen 1 und 2 Beiträge für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die damit zusammenhängenden Beiträge zur Pflegeversicherung übernommen.

(4) Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 umfasst bei Versicherten nach dem Fünften Buch auch den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung.

(5) Besteht eine Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen, werden die Aufwendungen übernommen, soweit sie angemessen und die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllt sind. Besteht die Leistungsberechtigung voraussichtlich nur für kurze Dauer, können zur Aufrechterhaltung einer Krankenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen auch höhere Aufwendungen übernommen werden. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden. Soweit nach den Sätzen 1 und 2 Aufwendungen für die Krankenversicherung übernommen werden, werden auch die Aufwendungen für eine Pflegeversicherung übernommen.“““

#### Begründung:

Die Einführung einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung für Nichtversicherte nach dem neuen § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie dem neuen § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte erfordert für nach SGB XII hilfebedürftige Personen eine Sicherstellung der Zahlung von Pflichtbeiträgen. Dazu wird die bestehende Vorschrift in § 32 SGB XII entsprechend erweitert.

Durch § 32 Abs. 1 wird für Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, einschließlich der Krankenversicherung der Landwirte die Übernahme der Pflichtbeiträge im Falle von Hilfebedürftigkeit geregelt. Die Höhe des von der Sozialhilfe im Einzelfall zu

übernehmenden Anteils an den Pflichtbeiträgen hängt von der Leistungsfähigkeit des Pflichtversicherten ab. Die Sozialhilfeträger haben die Beiträge von Pflichtversicherten, die nur wegen der Zahlung von Pflichtbeiträgen hilfebedürftig sind, auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse direkt an diese zu zahlen. Dies setzt voraus, dass die Krankenkasse nachweist, dass die Pflichtversicherten ihrer Verpflichtung zu Beitragszahlung nicht oder nicht in vollem Umfang nachkommen und damit auch Beitragszuschüsse der Sozialhilfe nicht zweckentsprechend verwenden. Sofern die Pflichtversicherten aus eigenen Mitteln zumutbar einen Teil des Beitrags zu tragen haben, sind sie verpflichtet, diesen Beitragsanteil dem Sozialhilfeträger zu erstatten. Im Übrigen entspricht der Inhalt dem bisherigen Absatz 1 von § 32 SGB XII.

Die Übernahme von freiwilligen Beiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Absatz 2 entspricht dem geltenden Recht. Dies gilt auch für die Übernahme des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung nach Absatz 3.

Durch Absatz 4 wird die Übernahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für Krankenversicherte nach dem SGB V (§ 242 SGB V) durch die Sozialhilfe eingeführt, den die gesetzlichen Krankenkassen ab 1. Januar 2009 erheben können.

In Absatz 5 wird die Übernahme von Aufwendungen für nach dem SGB XII leistungsberechtigte Personen zusammengefasst, die eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben. Voraussetzungen und Umfang der Übernahme, die ebenso wie bei Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung auch Aufwendungen für eine Pflegeversicherung umfasst, orientiert sich am geltenden Recht. Im Unterschied dazu sind allerdings angemessene Aufwendungen für eine private Krankenversicherung zu übernehmen, während bei kurzzeitiger Hilfebedürftigkeit höhere Aufwendungen übernommen werden können. Dies bedeutet in letzterem Fall, dass zumindest die Aufwendungen in angemessener Höhe zu übernehmen sind. Hierdurch soll ermöglicht werden, dass kurzfristige Hilfebedürftigkeit nicht zwangsläufig den Umfang eines bestehenden Krankenversicherungsschutzes tangiert.

## **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 11 (Reichsversicherungsordnung)

Artikel 11 wird wie folgt neu gefasst:

#### **"Artikel 11 Änderung der Reichsversicherungsordnung**

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1. veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) geändert worden ist, wird wie folgt neu geändert:

1. In § 196 Abs. 2 wird die Angabe "§§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2" durch die Angabe "§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 7 Satz 2 und Abs. 8 und § 127 Abs. 4" ersetzt.
2. In § 197 Satz 1 werden nach dem Wort "Verpflegung" das Komma und die Wörter "für die Zeit nach der Entbindung jedoch für längstens sechs Tage" gestrichen."

#### Begründung:

Die zeitliche Begrenzung des Anspruchs auf sechs Tage nach der Entbindung wurde seinerzeit eingeführt, um bei einer tagesbezogenen Vergütung den Anreizen zu einer längeren Verweildauer im Krankenhaus entgegenzuwirken. Mit der Einführung der Fallpauschalen-Vergütung für Geburten im Jahr 1995 wurde eine Vergütungsform eingeführt, die grundsätzlich unabhängig von der Verweildauer ist und somit keinen Anreiz zu längeren Verweildauern mehr

enthält. Das Krankenhaus achtet bereits im Eigeninteresse auf möglichst kurze Verweildauern. Deshalb kann die zeitliche Befristung in § 197 gestrichen werden.

Die Regelung führte in der Vergangenheit zudem zu Schwierigkeiten in Fällen, in denen gesunde Neugeborene noch im Krankenhaus verbleiben mussten, weil die Mutter nach der Entbindung noch behandlungsbedürftig war und noch nicht entlassen werden konnte. Soweit die Grenzverweildauer der Fallpauschale für das Neugeborene überschritten wird, muss eine sachgerechte Vergütung für die weitere Versorgung des Neugeborenen in Form der Abrechnung zusätzlicher Tagessätze nach den Vorgaben des DRG-Fallpauschalenkatalogs möglich sein (Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer). Die Abrechnung dieser Entgelte wurde bisher unter Hinweis auf die Sechstagesfrist in § 197 von einigen Krankenkassen in Frage gestellt. Auch die zum Teil statt dessen angebotene Abrechnung des Entgelts für die Mitaufnahme einer Begleitperson kann kein Ersatz für eine sachgerechte Vergütung der Neugeborenenversorgung sein. Die Streichung der Frist ermöglicht eine unstrittige Vergütung entsprechend der Systematik des DRG-Fallpauschalensystems. Eine Ausweitung der Verweildauer im Krankenhaus und eine relevante Ausgabenerhöhung für die gesetzliche Krankenversicherung sind nicht zu erwarten.

## **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 14 (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)

Artikel 14 wird wie folgt gefasst:

#### **" Artikel 14**

#### **Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Gesetz über die Krankenversicherung für Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Abs. 2 wird die Angabe "§§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2" durch die Angabe "§ 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 7 Satz 2 und Abs. 8 und § 127 Abs. 4" ersetzt.
2. In § 24 Satz 1 werden nach dem Wort "Verpflegung" das Komma und die Wörter "für die Zeit nach der Entbindung jedoch für längstens sechs Tage" gestrichen."

#### Begründung:

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

Redaktionelle Anpassung an Artikel 11 (Änderung von § 196 RVO)

##### **Zu Nummer 2 (§ 24)**

Folgeänderung zur Änderung in Artikel 11.

## **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 15 Nr. 2 (§ 2 KVLG 1989)

(Versicherungspflichtige Personen)

In Artikel 15 Nr. 2 wird Buchstabe b) wie folgt gefasst:

„b) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.“

### Begründung

Redaktionelle Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nr. 2 Buchstabe c).



## **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 15 Nr. 4a (§ 4 KVLG 1989)

(Beitragszuschuss für Beschäftigte)

In Artikel 15 wird nach Nr. 4 folgende Nr. 4a eingefügt:

4a. In § 4 Abs. 3 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„§§ 257 Abs. 2a und 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

### Begründung

Folgeänderung zu den Änderungen in Artikel 1 Nrn. 174 und 212 (§§ 257, 314 SGB V).

## 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 15 Nr. 6 (§ 8 KVLG 1989)

(Ruhe der Leistungen, Wahltarife)

Artikel 15 Nr. 6 wird wie folgt gefasst:

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Der Anspruch auf Leistungen ruht für Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei 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; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Wahltarife gilt § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass Absatz 8 Satz 2 und 3 nicht anzuwenden sind.“

Begründung:

**Zu Buchstabe a**

Die Regelung entspricht inhaltlich jener in Artikel 1 Nr. 9a (§ 16 SGB V); es sollen damit Zweifel ausgeschlossen werden, ob von dieser Vorschrift auch Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenversicherung erfasst werden.

**Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Berichtigung und Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nr. 33 Buchstabe b).

## **Änderungsantrag 34**

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 15 Nr. 6a (§ 12 KVLG 1989)

(Krankengeldanspruch)

In Artikel 15 wird nach Nr. 6 folgende Nr. 6a eingefügt:

6a. Dem § 12 wird folgender Satz angefügt:

„Die nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten erhalten Krankengeld nach den Vorschriften des  
Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

### Begründung:

Ergänzung der Vorschriften für die versicherungspflichtigen Empfänger von ALG I um eine  
Bestimmung für den Anspruch auf Krankengeld.

## **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 15 Nr. 9 (§ 17 KVLG 1989)

(Träger der Versicherung, Aufsicht)

In Artikel 15 wird Nr. 9 wie folgt gefasst:

9. § 17 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „Buchstabe f Doppelbuchstabe aa Satz 2 bis 4“ durch die Angabe „Buchstabe f Doppelbuchstabe aa Satz 2 bis 4, Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc Satz 2 und 3“ ersetzt.
- b) Satz 2 wird aufgehoben.

### Begründung

Die Streichung des bisherigen Buchstaben a) ist erforderlich, weil die Regelungen zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht anwendbar sein sollen.

## **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 15 Nr. 15 (§ 24 KVLG 1989)

(Ende der Mitgliedschaft)

Artikel 15 Nr. 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 8 wird der Halbsatz nach dem Semikolon durch folgenden Halbsatz ersetzt:

„wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen nach einem Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort.“.

- b) In Nummer 9 werden vor dem Schlusspunkt ein Semikolon und folgende Wörter eingefügt:

„dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind“.

### Begründung

#### **Zu Buchstabe a**

Da die Verweisung auf § 190 Abs. 3 SGB V Anlass zu Zweifeln gegeben hat, wird das Gewollte klargestellt.

#### **Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nr. 138 Buchstabe b).

## **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 15 Nr. 20 (§ 39 KVLG 1989)

(Beiträge aus Versorgungsbezügen)

Artikel 15 Nr. 20 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe b) werden in Satz 1 die Wörter „der Beiträge aus dem in Absatz 1 Nr. 4 genannten Arbeitseinkommen“ durch die Wörter „dieser Beiträge“ ersetzt.
- b) Nach Buchstabe b) wird folgender Buchstabe b1) eingefügt:  
  
„b1) Absatz 2 Satz 4 wird aufgehoben.“.

### Begründung

Redaktionelle Berichtigung.

## **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 15 Nr. 27 (§ 47 KVLG 1989)

(Beitragstragung)

In Artikel 15 Nr. 27 wird Buchstabe b) wie folgt gefasst:

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

"(2) Versicherungspflichtige nach §2 Abs. 1 Nr. 7 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein."

### Begründung

Redaktionelle Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nr. 169 Buchstabe b).



## **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 15 Nr. 30a – neu - (§ 51a KVLG 1989)      (Übernahme der Krankenbehandlung)

In Artikel 15 wird nach Nr. 30 folgende Nr. 30a eingefügt:

„30a. § 51a wird wie folgt gefasst:

„§ 51a

Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung

Für die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen  
Kostenerstattung ist § 264 Abs. 2 bis 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch  
entsprechend anzuwenden.““

### Begründung:

Anpassung an die entsprechende Vorschrift in Artikel 1 (Nr. 176).

## **Änderungsantrag 40**

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. 01 (§ 8 KVLG 1989) (Wahltarife)

In Artikel 16 wird vor Nr. 1 folgende Nr. 01. eingefügt:

01. § 8 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für Wahltarife gilt § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe,  
dass Absatz 6 und Absatz 8 Satz 2 und 3 nicht anzuwenden sind.“

### Begründung

Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 33 (§ 53 Abs. 7 SGB V).

## **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 17

(Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte)

Artikel 17 wird wie folgt gefasst:

### **"Artikel 17**

Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte  
(8251-10)

Das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891),  
zuletzt geändert durch ....., wird wie folgt geändert:

1. § 35a Abs. 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 werden die Wörter "vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. März festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen" durch die Angabe "um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung" ersetzt.
  - b) Die Sätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

2. § 58b Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Satz 1 werden vor dem Schlusspunkt die Wörter "und nimmt Verbandsaufgaben in der Krankenversicherung der Landwirte wahr" angefügt.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Weiterer Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ist der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.".

Begründung:

Die Nummer 1 entspricht den im Gesetzentwurf bereits vorgesehenen Änderungen von § 35a des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte.

Mit der neuen Nummer 2 werden die im Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erforderlichen Folgeregelungen zur Auflösung des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen und zur Übertragung der Aufgaben (die bisher vom Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen wahrgenommen wurden) auf den Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen getroffen.

## 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 18 Nr. 3a neu (§ 17a KHG)

(Finanzierung von Ausbildungsstätten  
an Krankenhäusern)

In Artikel 18 wird nach Nr. 3 folgende Nr. 3a eingefügt:

„3a. § 17a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

1. die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung insbesondere über die zu finanzierenden Tatbestände, die zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze und über ein Kalkulationsschema für die Verhandlung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3;
2. die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen insbesondere zur Berücksichtigung der landesrechtlichen Vorgaben für die Ausbildungsstätten und zum Abzug des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten, bei einer fehlenden Vereinbarung nach Nummer 1 auch zu den dort möglichen Vereinbarungsinhalten.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei bei Satz 1 Nr. 1 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 und bei Satz 1 Nr. 2 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1.“

- b) In Absatz 3 werden die Sätze 5 bis 9 durch folgende Sätze ersetzt:

„Ab dem Jahr 2010 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte nach Absatz 4b zu berücksichtigen. Soweit Richtwerte nicht vereinbart oder nicht durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 entsprechende Finanzierungsbeträge im Rahmen des Ausbildungsbudgets. Es ist eine Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte oder im Falle des Satzes 6 eine Angleichung der Finanzierungsbeträge im Land untereinander anzustreben; dabei sind krankenhausindividuelle Abweichungen des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten zu berücksichtigen. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben.“

- c) Nach Absatz 4a wird folgender Absatz eingefügt:

„(4b) Als Zielwert für die Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge nach Absatz 3 Satz 6 ermitteln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen und vereinbaren für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Zur Umsetzung der Vorgaben nach Satz 1 entwickeln die Vertragsparteien insbesondere unter Nutzung der Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c des Krankenhausentgeltgesetzes und von Daten aus einer Auswahl von Krankenhäusern und Ausbildungsstätten, die an einer gesonderten Kalkulation teilnehmen, jährlich schrittweise das Verfahren zur Erhebung der erforderlichen Daten und zur Kalkulation und Vereinbarung von Richtwerten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Verfahren oder die Richtwerte durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben.“ “

Begründung:

Die für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (§ 17b Abs. 2 KHG) haben sich bisher nicht auf die gesetzlich vorgesehenen, ausbildungsstättenübergreifenden Richtwerte zur Finanzierung der Ausbildungsstätten einigen können. Auch eine Verbesserung der Datengrundlage für die erforderlichen Kalkulationen durch das DRG-Institut wurde nicht vereinbart. Mit dem Ziel, die Finanzierung der Ausbildungsstätten und insbesondere der Mehrkosten in Folge des Krankenpflegegesetzes sicherzustellen, werden folgende Änderungen vorgenommen.

Nummer 3a Buchstabe a fasst Absatz 2 neu. Es wird bestimmt, dass die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene Rahmenvereinbarungen für die Finanzierung treffen sollen, die bei der krankenhausindividuellen Vereinbarung zu berücksichtigen sind. Zielsetzung ist es, durch Einigungen auf der Bundesebene Meinungs- und Interessenunterschiede auf der Ebene der örtlichen Verhandlungen zu minimieren. Mit entsprechender Zielsetzung sollen ergänzende Vereinbarungen auf der Landesebene getroffen werden, die die unterschiedliche finanzielle und rechtliche Situation im jeweiligen Land berücksichtigen. Bei Nichteinigung entscheidet jeweils die Schiedsstelle.

Mit der Neufassung der Sätze 5 bis 9 des Absatzes 3 durch Buchstabe b werden die gesetzlichen Regelungen an die inzwischen entstandene Situation angepasst. Da Richtwerte derzeit nicht vereinbart sind und somit bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets nicht berücksichtigt werden können, wird der Fristbeginn für die schrittweise Angleichung der heute unterschiedlichen Finanzierungsbeträge auf das Jahr 2010 verschoben. Bis dahin werden die Ausbildungsbudgets und damit die Umsetzung der Mehrkosten in Folge des Krankenpflegegesetzes ausschließlich krankenhausindividuell verhandelt. Ab dem Jahr 2010 ist eine Angleichung der Finanzierung anzustreben. Auf die bisher vorgegebene strenge Konvergenz innerhalb einer bestimmten Frist und eine Finanzierung durch Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 wird verzichtet. Die Vorgaben der neuen Sätze 7 und 8 entsprechen den Regelungen in den bisherigen Sätzen 7 und 9.

Buchstabe c fügt einen neuen Absatz 4b ein, der weitgehend den Regelungen des bisherigen Absatzes 2 entspricht. Satz 1 ändert jedoch die Schwerpunkte des Einsatzes von Richtwerten. Sie sind nicht mehr primäres Entgelt für eine Ausbildungsleistung, sondern dienen in den nächsten Jahren als Richtwert für die Angleichung der heute unterschiedlich hohen Ausbildungsbudgets. Satz 2 konkretisiert den Auftrag an die Selbstverwaltungspartner. Sie sollen das Verfahren zur Schaffung von Transparenz und zur Kalkulation von Richtwerten

voranbringen und dabei neben den Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auch eine Kalkulation anhand von Kalkulationsdaten aus freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern und Ausbildungsstätten aufbauen und nutzen.



## 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 18 Nr. 4 (§ 17b KHG)

(Folgeänderungen zur Änderung  
des § 17a KHG zur  
Ausbildungsfinanzierung;  
Präzisierung der  
Länderkompetenz beim  
Sicherstellungszuschlag)

Artikel 18 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe a wird wie folgt geändert:

a) Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:

„aa) In Satz 4 werden nach den Wörtern "vorliegt, sind" die Wörter "Richtwerte nach § 17a Abs. 4b sowie" eingefügt.“

b) Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

"bb) In Satz 7 werden die Wörter „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann“ durch die Wörter „Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung“ ersetzt und nach der Angabe „6“ das Wort „zu“ eingefügt, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt: „die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“ "

c) Der bisherige Doppelbuchstabe bb wird Doppelbuchstabe cc.

2. In Buchstabe c Doppelbuchstabe aa werden die Wörter „oder Pauschalbeträge nach § 17a Abs. 2“ durch die Angabe „nach § 17a Abs. 4b“ ersetzt.

3. Folgender Buchstabe d wird angefügt:

„d) In Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 werden die Wörter „oder Pauschalbeträge nach §17a Abs. 2“ durch die Angabe „nach § 17a Abs. 4b“ ersetzt.“

Begründung:

**Zu Nummer 1**

**Zu Buchstabe a und c**

Redaktionelle Änderungen in Folge der Änderung des § 17a KHG durch Artikel 18 Nr. 3a (neu).

**Zu Buchstabe b**

Die Änderung des §17b Abs. 1 Satz 7 KHG ist eine rechtsförmliche Präzisierung zur bereits bestehenden Regelungskompetenz der Länder: Die Landesregierungen können zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von stationären Leistungen, die auf Grund eines geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar ist, Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlages festlegen (bisher: Kompetenz der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde statt der Landesregierung). Die Landesregierung kann die Befugnis im Wege der Subdelegation auf eine oberste Landesbehörde übertragen.

**Zu Nummer 2 und 3**

Redaktionelle Änderungen in Folge der Änderung des § 17a KHG durch Artikel 18 Nr. 3a (neu).

## 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 19 Nrn. 1, 4 und 7 (§ 4 und § 10 KHEntgG) (Ersetzen von Verweisen auf den  
Bundes-Angestelltentarifvertrag – BAT;  
Verhinderung unberechtigter  
Mehrausgaben aufgrund veränderter  
Kodierung;  
Halbierung der Nachzahlung bei  
Mindererlösen;  
Ermittlung des Landes-Basisfallwerts)

Artikel 19 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

" 1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort "Kodierrichtlinien" die Wörter  
"oder auf eine bereits eingetretene, veränderte Kodierung von  
Diagnosen und Prozeduren" eingefügt.

- b) In Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „grundsätzlich zu 40 vom Hundert“ durch die Angabe „ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert“ ersetzt."

2. Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

" 4. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

"Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt."

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

3. Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 angefügt:

- "7. In Anlage 1 "Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)" wird in Abschnitt B2 lfd. Nr. 13 das Wort "BAT-Ost-West-Angleichung" durch das Wort "TVöD-Ost-West-Angleichung" ersetzt."

### Begründung

Die Vorschriften in § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und § 10 Abs. 5 Satz 1 KHEntgG ermöglichen eine Erhöhung der Krankenhausbudgets in den neuen Bundesländern für den Fall einer weiteren Ost-West-Angleichung des Bundes-Angestelltentarifs (BAT). Der BAT wurde inzwischen durch andere Tarifwerke abgelöst. Die bisherigen Verweise auf den BAT werden durch den Verweis auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) ersetzt. Dieser gilt - wie bisher der BAT - als einheitlicher Maßstab für alle Krankenhäuser unabhängig davon, welche Tarife im einzelnen Krankenhaus angewendet werden.

Die in § 4 Abs. 4 KHEntgG vorgeschriebene Veränderung des einzelnen Krankenhausbudgets in Folge von Leistungsveränderungen darf nur bei echten Mehrleistungen erfolgen. Eine Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen darf deshalb insoweit nicht berücksichtigt werden, als sie auf eine veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zurückzuführen ist. Mit der Änderung in § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG (Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) wird deshalb sicher gestellt, dass eine verbesserte Kodierung nicht zu Budgeterhöhungen der Krankenhäuser und damit Mehrausgaben für die Kostenträger führt. Die Ergänzung ist zur Vermeidung unberechtigter Mehrausgaben erforderlich, da in einzelnen Schiedsstellenentscheidungen dem Grundsatz nicht Rechnung getragen wurde, dass eine verbesserte Kodierung der Leistungen nicht zu Mehrausgaben führen darf und zu neutralisieren ist.

Nummer 1 Buchstabe b vermindert im Rahmen des Solidarbeitrags der Krankenhäuser den Ausgleich von Mindererlösen. Die Vorgabe entspricht der bisherigen Regelung in Nummer 1.

Nummer 2 Buchstabe a entspricht der Zielsetzung der bisherigen Vorgabe in Artikel 19 Nr. 4. Diese wird aus Gründen der Klarstellung nicht mehr in Satz 2 eingefügt, sondern als gesonderter Satz 3 vorgegeben. Damit unterliegt die Erhöhung des Landes-Basisfallwerts über die Veränderungsrate nach § 71 SGB V hinaus nicht mehr der Einschränkung des Satzes 2, dass sie "lediglich technisch bedingt" sein darf.

Nummer 3 nimmt in der Verhandlungsunterlage für die Budgetvereinbarung des einzelnen Krankenhauses (AEB) eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1 Buchstabe a vor, mit der auch dort die geänderte Tarifbezeichnung eingeführt wird.

## **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 19 Nr. 2 (§ 8 KHEntgG)

(Senkung des Sanierungsbeitrags  
der Krankenhäuser)

In Artikel 19 Nummer 2 werden in Absatz 9 Satz 1 die Angabe "0,7 vom Hundert" und in Satz 2 die Angabe "0,7 Prozent" jeweils durch die Angabe "0,5 vom Hundert" ersetzt.

### Begründung

Der Anteil des Sanierungsbeitrags der Krankenhäuser, der über einen Abschlag von der Krankenhausrechnung erbracht wird, wird von 0,7 vom Hundert auf 0,5 vom Hundert vermindert. Der Rechnungsabschlag gilt für alle Krankenhäuser, die dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen, also auch für besondere Einrichtungen und Leistungen, für die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart werden. Bei psychiatrischen Krankenhäusern entfällt der Rechnungsabschlag vollständig; vgl. die Änderung zu Artikel 20 Nr. 3.

## **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 -

Artikel 20 Nr. 3 (§ 14 BPfIV)

(Sanierungsbeitrag für Krankenhäuser;  
kein Rechnungsabschlag für psychia-  
trische Krankenhäuser)

In Artikel 20 wird Nummer 3 aufgehoben; die bisherigen Nummern 4 und 5 werden Nummern 3 und 4.

### Begründung

Angesichts der besonderen Situation der Psychiatrie, bei der die Personalkostenintensität besonders hoch ist, wird auf den im Rahmen des Sanierungsbeitrags der Krankenhäuser bisher vorgesehenen Rechnungsabschlag in Höhe von 0,7 Prozent vollständig verzichtet. Der Rechnungsabschlag entfällt demnach für psychiatrische Einrichtungen und Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen. Bei somatischen Krankenhäusern wird der Rechnungsabschlag von 0,7 Prozent auf 0,5 Prozent verringert; vgl. die Änderung zu Artikel 19 Nr. 2.

## **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 21 Nr. 6a – neu (§ 16)

(Unterversorgungsfeststellung)

In Artikel 21 wird nach Nummer 6 folgende Nummer 6a eingefügt:

"6a. In § 16 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 wird jeweils das Wort  
"unmittelbar" durch die Wörter "in absehbarer Zeit" ersetzt.

### Begründung

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



## **Änderungsantrag 48**

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 22 Nr. 7 (§ 16)

(Unterversorgungsfeststellung)

Artikel 22 Nr. 7 wird wie folgt gefasst:

"7. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort "unmittelbar" durch die Wörter "in absehbarer Zeit" ersetzt.
- b) Die Absätze 3 bis 7 werden aufgehoben."

Begründung:

### **Zu Buchstabe a**

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

### **Zu Buchstabe b**

Der Gesetzesbefehl übernimmt den bisherigen Gesetzesbefehl des Artikel 22 Nr. 7.

## 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 43 Nr. 01 - neu - (§ 178a VVG)

Vor Nummer 1 wird eine Nummer 01 eingefügt:

„01. Dem § 178a werden folgende Absätze angefügt:

„(5) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(6) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 5 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

(7) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
  - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
  - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 5 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören, und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen

senen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 5 Satz 1 genügt,

3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 5 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinne des Absatzes 5 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag im Sinne des Absatzes 5 vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrages der Abschluss eines Vertrages im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 178f Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrages bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 178h Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 16 in Verbindung mit § 178k dieses Gesetzes).

(8) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 5 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die

versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes anstelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom 100 des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

(9) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist."

#### Begründung:

Zu Absatz 5:

Mit der Regelung in Absatz 5 wird – nach dem Vorbild der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Elften Buch Sozialgesetzbuch – für die private Krankenversicherung eine Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankheitskostenversicherungsvertrages eingeführt. Mit dieser Pflicht soll bei bestehendem Kontrahierungszwang im Basistarif seitens des Versicherers vermieden werden, dass sich Personen nicht oder verspätet gegen Krankheit versichern und dadurch zu einem Kostenrisiko für die Allgemeinheit oder die Solidargemeinschaft der Versicherten werden. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen das gesetzgeberische Gesamtkonzept einer möglichst alle Personen umfassenden Absicherung gegen Krankheitskosten bestehen nicht. Das Bundesverfassungsgericht hat u.a. in seiner Entscheidung vom 3. April 2001, Az: 1 BvR 2014/95 (BVerfGE 103, 197 ff.) zur umfassenden Einführung der sozialen und privaten Pflegeversicherung entschieden, dass die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG auch dann besteht, wenn in privatrechtliche Versicherungen Regelungen des sozialen Ausgleichs aufgenommen werden oder wenn das Zustandekommen eines

Versicherungsvertrages auf einer Pflicht zur Versicherung oder den Versicherungsunternehmen auferlegtem Kontrahierungszwang beruht. Auch mit den Grundrechten ist eine Pflicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrages vereinbar. Eine solche Pflicht greift zwar in die durch Artikel 2 Abs. 1 GG geschützte allgemeine Handlungsfreiheit ein. Mit dem Kontrahierungszwang (siehe Absatz 7) wird gleichzeitig eine Regelung der Berufsausübung im Sinne des Artikels 12 Abs. 1 Satz 2 GG getroffen. Voraussetzung der Zulässigkeit der Versicherungspflicht und des Kontrahierungszwangs ist damit die Verhältnismäßigkeit der Regelungen. Diese ist gegeben. Ziel des Gesetzgebungsvorhabens ist es, einen Versicherungsschutz für alle in Deutschland lebenden Menschen zu bezahlbaren Konditionen herzustellen. Niemand soll ohne Versicherungsschutz und damit im Bedarfsfall nicht ausreichend versorgt oder auf steuerfinanzierte staatliche Leistungen angewiesen sein. Außerdem soll verhindert werden, dass sich jemand erst dann versichert, wenn er bereits erkrankt ist, und damit die Versichertengemeinschaft übermäßig belastet. Die Einführung einer Verpflichtung zum Abschluss eines Krankheitskostenversicherungsvertrages ist geeignet, dieses Ziel zu erreichen. Ohne Einführung einer solchen Pflicht wird es weiterhin Menschen geben, die sich nicht gegen Krankheit versichern. Es ist auch davon auszugehen, dass annähernd alle Menschen auf einen Versicherungsschutz angewiesen sind, wenn sie keine staatlichen steuerfinanzierten Leistungen in Anspruch nehmen oder auf erforderliche ärztliche Behandlungen verzichten wollen. Die Kosten für aufwändige Heilbehandlungen können so hoch sein, dass auch vermögende Menschen sie nicht mehr aufbringen können. Zwar wird es Einzelne geben, die aufgrund ihres sehr hohen Einkommens und/ oder Vermögens auf den Versicherungsschutz tatsächlich nicht angewiesen sind. Der Gesetzgeber darf insoweit aber generalisieren. Er kann und muss nicht jeden Einzelfall berücksichtigen. Sich gegen das Krankheitskostenrisiko abzusichern, ist allen Einwohnern – auch den sehr wohlhabenden – zumutbar. Je höher das Einkommen oder das Vermögen sind, umso geringer ist die mit der Versicherung verbundene finanzielle Belastung. Zudem erhält der Versicherte eine Gegenleistung von bedeutendem Wert, nämlich eine Versicherung gegen krankheitsbedingte Kosten. Erst recht kann den weniger Wohlhabenden zugemutet werden, sich gegen das Risiko Krankheit zu versichern. Denn sie sind gerade auf den Versicherungsschutz besonders angewiesen. Durch die Regelungen zur Beitragsbegrenzung in § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist zudem sichergestellt, dass niemand durch die Verpflichtung zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung eines Krankheitskostenversicherungsvertrages unverhältnismäßig belastet wird. Auch die Möglichkeit, durch tarifliche Selbstbehalte und sonstige Selbstbeteiligungen bis zu einer betragsmäßigen Auswirkung von 5000 Euro jährlich die Versicherungsprämie niedrig zu halten, begrenzt die finanzielle Belastung. Für diejenigen, die die Beiträge des Basistarifs nicht zahlen können, wird die Zahlungspflicht zudem abgemildert. So wird der zu zahlende

Beitrag zunächst halbiert. Reicht auch das nicht aus, um das Existenzminimum nach Zahlung des Beitrags zu sichern, erhält der Versicherte einen Zuschuss aus Steuermitteln. Auch den Versicherungsunternehmen kann die Einführung des Kontrahierungszwangs im Basistarif zugemutet werden. Zwar tragen die Versicherungsunternehmen ein gewisses Ausfallrisiko, wenn sie einen Versicherungsvertrag mit jeder dem Bereich der privaten Krankenversicherung zuzuordnenden Person abschließen müssen. Dieses Ausfallrisiko wird aber durch mehrere Regelungen abgemildert. Dazu gehört die bereits erwähnte staatliche Unterstützung für Versicherte, die die Beiträge nicht allein tragen können, das Recht, die Ansprüche auf Leistung – ausgenommen sind Notfalleleistungen – ruhen zu lassen, wenn Beiträge nicht gezahlt werden, und die Möglichkeiten der Zwangsvollstreckung.

In Absatz 5 werden der verpflichtete Personenkreis ebenso wie der Mindestinhalt der Absicherung durch den Versicherungsvertrag festgelegt.

Der ab dem 1. Januar 2009 von der Pflicht zur Versicherung erfasste Personenkreis ist im Zusammenhang mit den Regelungen zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere mit der (vorrangigen) Neuregelung in § 5 Abs. 5 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu sehen. Danach sind alle Einwohner, die bisher nicht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind und dort auch nicht freiwillig versichert sind, und die auch keine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen, wenn sie dort zuletzt versichert waren. Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die zuletzt privat krankenversichert waren, müssen sich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden sie in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind.

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Einwohner, die eine andere Absicherung im Krankheitsfall haben, nicht verpflichtet, einen Vertrag bei einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Wegen der Einzelheiten wird auf die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nr. 2 zu § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen. So sind u.a. Personen, die bei Inkrafttreten der Regelung Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, von der Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages ausgeschlossen, da sie vorrangig Leistungen des Sozialhilfeträgers erhalten. Dies gilt analog den Regelungen in § 5 Abs. 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch bei einer kurzen Unterbrechung des Leistungsbezugs. Personen mit Beihilfeansprüchen sind, soweit sie der privaten

Krankenversicherung zugeordnet werden, verpflichtet, den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil ergänzend abzusichern.

Für Bezieher von Beihilfe oder ähnlichen Leistungen ist eine die Leistungen des Beihilfeträgers auf den festgelegten Mindestumfang ergänzende Absicherung ausreichend. Ausreichend ist eine Absicherung in Tarifen, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen. Die Begriffe ambulante und stationäre Heilbehandlungen benennen klassische Leistungsbereiche in der PKV (vgl. § 12 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 der Kalkulationsverordnung), der jeweilige genaue Leistungsinhalt und -umfang aus diesen – und möglichen anderen – Leistungsbereichen wird, wie in der PKV üblich, im Tarif festgelegt. Um eine Umgehung der Versicherungspflicht zu verhindern, wird die Möglichkeit der Vereinbarung von (absoluten und prozentualen) tariflichen Selbstbehalten bis zu einer betragsmäßigen Auswirkung von 5000 Euro jährlich für ambulante und stationäre Heilbehandlung begrenzt. Bei Beamten gilt der maximal zulässige Selbstbehalt nur anteilig. Sonst könnte durch die Anwendung des ungekürzten Selbstbehalts auf einen Prozenttarif der Mindestumfang der Versicherung unterlaufen werden.

Zugleich bleibt die Möglichkeit erhalten, einen Tarif durch das Angebot klassischer PKV-Leistungen (z.B. Wahlleistungen im stationären Bereich) vom Leistungsumfang her oder durch eine Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen vom Beitrag her attraktiver zu gestalten. Hierdurch wird der Wettbewerb zwischen den Unternehmen gefördert.

Vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Krankheitskostenversicherungsverträge, die den in Satz 1 definierten Mindestinhalt unterschreiten, müssen aus Bestandsschutzgründen nicht angepasst werden.

Zu Absatz 6:

Durch die Regelung in Absatz 6 sollen materielle Vorteile bei Personen begrenzt werden, die sich nicht bereits mit Eintritt der Pflicht zur Versicherung, sondern erst später versichern, um die Prämie zu sparen. Ein solches Verhalten würde der Versichertengemeinschaft schaden, daher soll durch den Prämienzuschlag auch ein Ausgleich für diesen Schaden geschaffen werden. Der Prämienzuschlag soll sich aus der vollen Monatsprämie zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung berechnen. Er wird einmalig neben der laufenden Prämien geschuldet. Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann die Zahlung des Prämienzuschlags gestundet und Ratenzahlung vereinbart werden, wenn ihn die sofortige Zahlung der vollen Summe seiner wirtschaftlichen Existenz berauben würde. Der Versicherungsnehmer sollte



daher bei seinem Antrag glaubhaft machen, dass er sich in einer vorübergehenden finanziellen Notlage befindet, die sich in nächster Zeit beheben wird. Es ist dem Versicherungsnehmer jedoch zuzumuten, einen Kredit aufzunehmen, um den Prämienzuschlag in einer Summe zu tilgen.

Zu Absatz 7:

Weitergehend als die Verpflichtung der Versicherten zum Abschluss einer Krankenversicherung in Absatz 5 regelt Absatz 7 den Kontrahierungszwang des Versicherers, der allerdings nur für den Basistarif gilt. Das Versicherungsunternehmen behält jedoch weiterhin die Möglichkeit, den Vertragsabschluss abzulehnen, wenn sich der Versicherungsnehmer früher nicht vertragstreu verhalten hat. Nicht nur für nicht abgesicherte Personen sondern auch für Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder für Personen, die bereits einen privaten Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen haben und abgesichert sind, besteht die Möglichkeit, ggf. innerhalb definierter Fristen in einen Basistarif der privaten Krankenversicherung zu wechseln. Dabei ist es bei einem Wechsel oder einer Kündigung nach Absatz 7 Satz 2 ausreichend, wenn die erforderlichen Erklärungen und Anträge innerhalb der dort genannten Frist abgegeben werden. Um Wechselmöglichkeiten des Versicherten nicht zu behindern, besteht nach Absatz 7 Satz 3 der Kontrahierungszwang bereits dann, wenn privat Versicherte ihren bisherigen Vertrag gekündigt haben, die Kündigung jedoch nach § 178h Abs. 6 Satz 2 noch nicht wirksam geworden ist. Personen mit Beihilfeansprüchen können, soweit bisher noch keine Absicherung der von der Beihilfe nicht übernommenen Kosten besteht, eine Versicherung in einer die Leistungen der Beihilfe ergänzenden Variante des Basistarifs verlangen, soweit sie der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Ob Versicherte, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, in den Basistarif ihres eigenen oder eines anderen Unternehmens wechseln, Alterungsrückstellungen mitnehmen können, ist weitergehend in § 178f VVG geregelt..

Zu Absatz 8:

Da auch das bisher bestehende Kündigungsrecht des Versicherers, wenn eine Folgeprämie nicht entrichtet wurde, entfällt, wird den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend das Risiko für den Versicherer, leisten zu müssen ohne die Gegenleistung zu erhalten, durch eine Ruhensregelung begrenzt. Vom Ruhen ausgenommen sind allerdings in Anlehnung an Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 4 Abs. 1, 2 AsylbLG). Wegen der Einzelheiten wird auf die Begründung zu § 16 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Artikel 1 Nr. 9a

verwiesen. Darüber hinaus sind Säumniszuschläge zu entrichten. Wird der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und weist er dies nach, müssen Leistungen wieder in voller Höhe erbracht werden, auch wenn ausstehende Beträge nicht vollständig beglichen sind.

Zu Absatz 9:

Um Missbrauch der beitragsenkenden Instrumente des Basistarifs (§ 12 Abs. 1c VAG) zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu vermeiden, soll das Versicherungsunternehmen verlangen dürfen, dass Zusatzversicherungen ruhen müssen, wenn und solange ein Versicherter auf die Reduzierung des Beitrags angewiesen ist. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer seine Zusatzversicherung als Anwartschaftsversicherung fortführen.

## 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 43 Nr. 4 (§ 178f Abs. 1 VVG)

(Wechselrecht und Übertragbarkeit)

Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

"§ 178 f wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der  
Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem  
Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag  
erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit  
die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer  
wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen  
Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen  
Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und  
insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer  
kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit  
dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen  
Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif  
in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei  
Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in  
den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag  
erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich,  
wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1.  
Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
  - c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;
2. bei einer Kündigung des Vertrages und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer
- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
  - b) bei einem Abschluss eines Vertrages im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach Satz 1 und 2 kann nicht verzichtet werden."

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

"(3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen."

Begründung:

Beim Wechsel innerhalb des Unternehmens jener Personen, die nach § 178a ein Wechselrecht in den Basistarif besitzen, werden die aus dem bestehenden Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung angerechnet. Eine entsprechende Portabilität beim Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens existiert bereits nach geltendem Recht. Für Personen nach § 178f Abs. 1 Nr. 1b wird damit keine Wechselmöglichkeit zu anderen Versicherungsunternehmen eröffnet.

Bei Kündigung und Abschluss eines neuen Vertrages bei einem anderen Versicherungsunternehmen ist gegenüber dem Gesetzentwurf zwischen vor dem 1. Januar 2009 und nach diesem Zeitpunkt geschlossenen Verträgen zu unterscheiden.

Für Versicherte, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben und die innerhalb von 6 Monaten nach Einführung des Basistarifs in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens eintreten, wird die kalkulierte Alterungsrückstellung insoweit an den neuen Versicherer übertragen, wie sie sich auf Leistungen des Basistarifs bezieht.

Bei ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen über eine Krankheitskostenversicherung wird bei Kündigung und Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages die Alterungsrückstellung insoweit übertragen, wie sie sich auf Leistungen des Basistarifs bezieht.

## **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 43 Nr. 6 - neu - (§ 178h VVG)

Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

"6. Dem § 178h wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 178a Abs. 5 Satz 1 erfüllt, nur dann kündigen, wenn er bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abschließt, der dieser Pflicht genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.“

### Begründung:

Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, dass der Versicherte über einen nahtlos angrenzenden Versicherungsschutz verfügt, wenn er seinen bisherigen Vertrag kündigt.

## **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 43 Nr. 7 - neu - (§ 178i VVG)

Nach Nummer 6 - neu - wird folgende Nummer 7 - neu - angefügt:

"7. § 178i Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 178a Abs. 5 S. 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer PflegeKranken-Versicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen."

### Begründung:

Durch diese Regelung soll der Versicherungsschutz dauerhaft aufrechterhalten werden. Bisher verlieren Versicherte häufig ihre Alterungsrückstellungen dadurch, dass der Versicherer ihnen kündigt, weil sie mit der Zahlung einer Folgeprämie in Verzug sind. Dies ist nunmehr ausgeschlossen. Der Versicherer wird durch diese Regelung nur gering belastet, da der Leistungsanspruch des Versicherten nach § 178a Abs. 8 weitgehend ruht und während des Prämienzahlungsverzugs Säumniszuschläge geltend gemacht werden können.

## 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 44 Nr. 5 (§ 12 VAG)**

(Substitutive Krankenversicherung)

Artikel 44 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

"5. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 4 wird der abschließende Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

"5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinn des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge."

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige



Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(1b) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
  - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
  - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 178a Absatz 5 Satz 2 Nr. 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören, und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 178 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 178a Absatz 5 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrages der Abschluss eines Vertrages im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 178f Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrages bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 178h Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 16 in Verbindung mit § 178k des Versicherungsvertragsgesetzes).

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon wird im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrags der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zu Grunde gelegt. Der Höchstbeitrag wird zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den vom Hundert Wert angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne

des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist."

c) Nach dem neuen Absatz 1c wird folgender Absatz angefügt:

"(1d) Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Abs. 1a dieses Gesetzes festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium der Finanzen aus. "

#### Begründung:

#### **zu Buchstabe a**

##### zu § 12 Abs. 1 Nr. 5

Für Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung schafft Buchstabe a die Verpflichtung, die vorhandene teilweise Alterungsrückstellung bei Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen zu übertragen (Portabilität). Im Unterschied zum Gesetzentwurf wird die Portabilität für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge aber ausgeschlossen. Für diese Altverträge, bei denen sog. Stornogewinne prämienmindernd einkalkuliert sind, die beim Verfall der Alterungsrückstellungen an das Kollektiv entstehen, wenn ein Versicherungsnehmer das Unternehmen verlässt, wird kraft Gesetz ein Wechselrecht für die Dauer von 6 Monaten geschaffen

#### **zu Buchstabe b**

##### zu § 12 Abs. 1a

Bei den Änderungen handelt es sich um Klarstellungen. Klargestellt wird zunächst, dass die Leistungen des Basistarifs branchenweit einheitlich sein müssen. Dies ist Voraussetzung für die brancheneinheitliche Kalkulation dieses Tarifs. Außerdem wird klargestellt, dass die Leistungen

des Basistarifs nicht nur in Art und Höhe, sondern auch im Umfang mit denen der GKV vergleichbar sind. Damit wird einer Anregung aus der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages Rechnung getragen. Die Konkretisierung dieser Vorgabe erfolgt über die in § 12 Abs. 1d vorgesehenen Regelungen. Entsprechend der bisherigen Versicherungspraxis wird zudem klargestellt, dass für Kinder und Jugendliche gesonderte Varianten des Basistarifs vorzusehen sind, in denen keine Alterungsrückstellungen und damit auch keine Übertragungswerte gebildet werden.

zu § 12 Abs. 1b

Absatz 1b spiegelt den vertraglichen Kontrahierungszwang im Basistarif des § 178a Abs. 7 des Versicherungsvertragsgesetzes aufsichtsrechtlich wider.

zu § 12 Abs. 1c

Die in Satz 1 nunmehr vorgesehene Streichung der Berücksichtigung von Ehepartnern bei der Bemessung des Höchstbeitrags im Basistarif vermeidet, dass auch gutverdienende Ehepaare durch einen Wechsel in den Basistarif von der Deckelung der Höchstbeiträge profitieren, die zur Vermeidung sozialer Härten ins Gesetz aufgenommen wurde.

Da der Basistarif erst zum 1. Januar 2009 in Kraft tritt, genügt zur Bemessung des Höchstbeitrags im Basistarif der Verweis auf den Höchstbeitrag der GKV; ein zusätzlicher Hinweis auf den bis zum 31. Dezember 2008 allein von den GKV-Mitgliedern zu entrichtenden Sonderbeitrag gemäß § 241a SGB V erübrigt sich. Bei der jährlichen Festlegung des für die Begrenzung des Beitrags im Basistarif maßgeblichen GKV-Höchstbeitrags wird künftig jedoch das Finanzvolumen berücksichtigt werden müssen, das ggf. über die Erhebung des Zusatzbeitrags erzielt wird. Eine Abweichung der Deckungsquote in der gesetzlichen Krankenversicherung von anfänglich 100 Prozent im Startjahr des Fonds führt daher nach Satz 2 zu einer Anpassung des Höchstbeitrags im Basistarif um den entsprechenden vom Hundert Wert, den die Deckungsquote des Vorjahres die vollständige Deckung unter- oder überschreitet. Hierdurch wird insbesondere gewährleistet, dass auch bei einem ansteigenden Finanzierungsanteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen über Zusatzbeiträge zukünftige Kostenanstiege des Gesundheitswesens zu einer entsprechenden Anpassung des Höchstbeitrags im PKV-Basistarif führen.

In Satz 4 wird klargestellt, dass die Beitragshalbierung auf die Dauer der Hilfebedürftigkeit beschränkt ist.

In Satz 5 wird der Einschub 'gemäß § 26 Abs. 3 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch' gestrichen. Hierbei handelt es sich um eine rechtsförmliche Änderung ohne inhaltliche Folgen.

Satz 6 stellt klar, dass die Halbierung des Beitrags im Basistarif bei Entstehen oder Vorliegen von Hilfebedürftigkeit greift. Es bleibt bei der vorgesehenen Beteiligung der Grundsicherungsträger und der vorgesehenen Begrenzung möglicher finanzieller Belastungen der Versicherungsunternehmen in diesen Fällen.

### **zu Buchstabe c**

#### zu § 12 Abs. 1d

Der Leistungsumfang des Basistarifs soll sich am Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren. Dies ist im Kern in Absatz 1a Satz 1 festgelegt. Es hängt jedoch von der Ausgestaltung der Detailregelungen ab, wie umfassend der Versicherungsschutz dort sein wird. Bei dieser Ausgestaltung ist zudem dafür Sorge zu tragen, dass die entsprechenden Vorgaben einheitlich und mit Wirkung für alle Unternehmen umgesetzt werden. Die bislang im Gesetzentwurf vorgesehene Genehmigung durch die BaFin kann dies nicht erreichen. Die Beleihung des PKV-Verbands hingegen stellt das branchenweit einheitliche Angebot sicher und gewährleistet, dass der Sachverstand der im Verband zusammengeschlossenen Unternehmen der privaten Krankenversicherung dabei zum Tragen kommt. Die mit der Beleihung verbundene Rechts- und Fachaufsicht soll dafür sorgen, dass die nähere Ausgestaltung des Basistarifs nicht von interessenpolitischen Erwägungen dominiert wird. Aufsichtführende Behörde ist das für die Versicherungsaufsicht zuständige Bundesministerium der Finanzen.

## **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 44 Nr. 8, 9 (§ 161 VAG)

(Übergangsvorschriften)

1. Nummer 8 wird aufgehoben.
2. Nummer 9 wird Nummer 8.

### Begründung:

Die im Gesetzentwurf in § 161 geregelten Übergangsvorschriften für Bestandsversicherte beim Wechsel in den Basistarif sind vor dem Hintergrund, dass diesen nur ein befristetes Wechselrecht von einem halben Jahr eingeräumt wird, entbehrlich.

## **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 45 Nr. 5 (§ 12 Abs. 4 KalV)

Übertragungswerte (Wechsel bei  
bestehendem Versicherungsverhältnis)

Artikel 45 Nr. 5 wird wie folgt gefasst:

"5. Dem § 12 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Schließt der Versicherte unter Kündigung des bisherigen Vertrags gleichzeitig einen Vertrag über einen Basistarif bei einem anderen Krankenversicherer ab, sind Zusatzversicherungen, welche Leistungen abdecken, die im bisherigen Versicherungsschutz, nicht jedoch im Basistarif enthalten sind, und für die der Versicherte versicherungsfähig ist, als Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz anzusehen.“

### Begründung:

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung, die daraus resultiert, dass anders als im Regierungsentwurf die Alterungsrückstellung beim Wechsel in den Basistarif des eigenen Unternehmens jetzt in dem in § 13 Abs. KalV vorgesehen Umfang mitgegeben wird.

## **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 45 Nr. 6 (§ 13 Abs. 5 KalV)

(Übertragungswert Basistarif)

Artikel 45 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

"6. Dem § 13 wird folgender Absatz 5 angefügt:

"(5) Für Versicherte, die gemäß § 178f Absatz 1 Nummer 2 des Versicherungsvertrags-  
gesetzes von einem anderen Unternehmen unter Mitgabe des Übertragungswertes  
gemäß § 13a gewechselt sind, dürfen erneute Abschlusskosten durch Zillmerung nur auf  
den Teil der Prämie bezogen werden, der über die Prämie hinausgeht, die sich ergeben  
würde, wenn der Versicherte in den Basistarif des anderen Unternehmens wechseln  
würde.""

### Begründung:

Durch die Regelung wird verhindert, dass der Übertragungswert durch die Zillmerung erneuter  
Abschlusskosten reduziert wird, wenn der Versicherte zu einem anderen Unternehmens  
wechselt. Nur soweit sich (aufgrund eines größeren Leistungsumfangs) nach dem Wechsel ein  
Mehrbeitrag gegenüber einer Versicherung im Basistarif des neuen Unternehmens ergibt,  
dürfen in diesem Umfang erneute Abschlusskosten gezillmert werden.

Im Übrigen soll – anders als im Gesetzentwurf vorgesehen – bei Wechsel in den Basistarif des  
eigenen Unternehmens die mitgegebene Alterungsrückstellung nicht mehr auf den  
Übertragungswert nach § 13a beschränkt sein. Es findet jetzt die allgemeine Regelung des  
Absatzes 1 Anwendung.



## **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 45 Nr. 7 (§ 13a Abs. 1 KalV)

(Übertragungswert)

In Artikel 45 Nr. 7 wird § 13a Abs. 1 wie folgt gefasst:

„§ 13a Übertragungswert

(1) Der Übertragungswert im Sinne des § 12 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet sich als Summe aus der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, höchstens jedoch der Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung)."

### Begründung:

Es wird ein Redaktionsversehen korrigiert.

## **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 45 Nr. 7 (§ 13a Abs. 2 KalV)

(Übertragungswert)

In Artikel 45 Nr. 7 wird § 13a Abs. 2 wie folgt gefasst:

"(2) Bei der Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung sind die Rechnungsgrundlagen des brancheneinheitlichen Basistarifs nach § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden. Für Versicherungszeiten vor dem 1. Januar 2009 sind die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des Basistarifs mit folgenden Maßgaben zu verwenden:

1. Anstelle der Sterbetafel der Erstkalkulation ist die Sterbetafel zu verwenden, welche das Unternehmen bei der Neu- und Nachkalkulation im betreffenden Jahr verwendet hat,
2. Die Grundkopfschäden sind für jedes Jahr um 5 vom Hundert zu vermindern."

### Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die daraus resultiert, dass der Basistarif nicht, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, zum 1. Januar 2008, sondern erst zum 1. Januar 2009 eingeführt wird.

## **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 45 Nr. 7 (§ 13a Abs. 3 KalV)

(Übertragungswert)

In Artikel 45 Nr. 7 wird § 13a Abs. 3 aufgehoben.

### Begründung:

Die Übergangsvorschriften für Bestandsversicherte beim Wechsel in den Basistarif sind vor dem Hintergrund, dass diesen nur ein befristetes Wechselrecht von einem halben Jahr eingeräumt wird, entbehrlich.

## **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 45a (§ 3 EStG)

(Einkommensteuergesetz)

Nach Artikel 45 wird folgender Artikel 45a - neu - eingefügt:

### **"Artikel 45a**

### **Änderung des Einkommensteuergesetzes**

In § 3 Nr. 11 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2002 (BGBl. I S 4210, 2003 I S. 179), das zuletzt durch [...] geändert worden ist, wird nach dem Wort "wird" das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz angefügt:

"Den Bezügen aus öffentlichen Mitteln wegen Hilfsbedürftigkeit gleichgestellt sind Beitragsermäßigungen und Prämienrückzahlungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung für nicht in Anspruch genommene Beihilfeleistungen;"

#### Begründung:

Die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände beschäftigen noch ca. 13.000 Angestellte, die einer Dienstordnung unterstellt und damit den Beamten weitgehend gleichgestellt sind. Sie haben dadurch bei Krankheit grundsätzlich einen Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften und benötigen für den nach Abzug der Beihilfe verbleibenden Anteil lediglich eine Teilkostenversicherung, welche nach § 14 SGB V in Anspruch genommen werden kann. Die gesetzgeberische Absicht des § 14 SGB V bestand ursprünglich darin, die Beschäftigten mit Beihilfeanspruch bei ihrem Arbeitgeber als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem um den Beihilfeanteil verminderten Beitragssatz versichern zu können.

In der Praxis wird der Weg einer Erstattung der auf privatärztlicher Basis entstandenen Aufwendungen zu einem Teil über die Beihilfe und zum anderen Teil über die Auszahlung aus Versicherungsmitteln jedoch oft nicht beschritten. Stattdessen werden kraft Satzung in vollem Umfang Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, was nicht nur für den Träger kostengünstiger ist, sondern wegen der gleichen Versicherungskonditionen (Sachleistungsprinzip) auch eine Gleichbehandlung der Mitarbeiter des Unternehmens mit dem übrigen Mitgliederkreis ermöglicht. Die Versicherungsprämie stellt damit einen ermäßigten Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Kranken(voll-)versicherung dar. Im Gegenzug verzichtet der Angestellte auf seinen Beihilfeanspruch.

Aufgrund des Beschlusses des Bundesfinanzhofs vom 28. Oktober 2004 (Az.: VI B 176/03, BFH/NV 2005, 205-206) ergibt sich die Folge einer Besteuerung der an Stelle von Beihilfeleistungen gewährten Beitragsermäßigung. Dies führte zu einer Schlechterstellung der betroffenen Angestellten im Vergleich zu Beamten und Arbeitnehmern mit Beihilfeanspruch, welche ohne finanziellen Ausgleich der höheren Steuerlast zu einer Abwanderung der Beschäftigten von ihrer eigenen Krankenkasse führt und so die Glaubwürdigkeit des Unternehmens bei den übrigen Versicherten in Frage stellt.

Nachdem die für die gesetzliche Krankenversicherung kostengünstige Form der Versicherung ihrer eigenen Beschäftigten weiterhin erhalten bleiben soll, wird durch die Änderung in § 3 EStG eine Gleichstellung mit Beihilfeleistungen und somit Steuerfreiheit der Beitragsermäßigung erreicht.

Durch die Neuregelung verändert sich die lohn-/einkommensteuerliche Situation von DO-Angestellten, die ihren Beihilfeanspruch geltend machen und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Restkostenversicherung haben, nicht. Gleiches gilt für DO-Angestellte, die ihren Beihilfeanspruch geltend machen und die Restkosten über § 14 SGB V (Teilkostenerstattung) abrechnen.

Für DO-Angestellte, die bisher zum ermäßigtem Beitragssatz bei vollem Sachleistungsanspruch unter Wegfall des Beihilfeanspruchs in der GKV versichert sind, verbessert sich die Situation, weil die Lohn-/Einkommensteuer auf die Beitragsermäßigung entfällt. Diese DO-Angestellten werden vom steuerlichen Ergebnis her nunmehr mit DO-Angestellten, die ihren Beihilfeanspruch geltend machen, gleichgestellt.

Nachdem die genannte Problematik auch nach Wegfall der Ermäßigungsmöglichkeiten (Änderung des § 243 SGB V) und Ersatz durch Prämienrückzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V zum 1. Januar 2009 unverändert weiter bestehen würde, sind auch die dann im Rahmen des Teilkostenmodells gewährten Prämienzahlungen steuerfrei zu stellen.

## **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 -

Artikel 46 wird wie folgt gefasst:

### **"Artikel 46 Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. April 2007 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 15 Nr. 17 Buchstabe a tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2006 in Kraft.

(3) In Artikel 1 Nr. 57 Buchstabe i tritt der § 87 Abs. 3b bis 3e mit Wirkung vom (Einfügen: Tag der ersten Lesung) in Kraft.

(4) Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a, Buchstabe c Doppelbuchstabe aa bis cc, Buchstabe e, Nr. 88a, Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe ee, Nr. 177a, Artikel 15 Nr. 4 treten mit Wirkung vom (Einfügen: Tag der dritten Lesung) in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 48a, Nr. 71 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc, Nr. 121 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Artikel 19 Nr. 1 Buchstabe b, Nr. 2, Nr. 4 Buchstabe a, Artikel 20 Nr. 2, Artikel 39 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft.

(6) In Artikel 1 Nr. 149 tritt § 217c Abs. 7 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(7) Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe b, Nr. 213 tritt am 1. Juli 2007 in Kraft.

(8) In Artikel 1 Nr. 12 tritt der § 20 c, Artikel 1 Nr. 53 Buchstabe f, Nr. 72 Buchstabe a, Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc, Buchstabe d bis n, Nr. 159, Nr. 162, Nr. 199

Buchstabe a, bund d, Nr. 200, Artikel 2 Nr. 31, Artikel 15 Nr. 21 Buchstabe b, Nr. 22, Artikel 25 Nr. 1, 2, 3 Buchstabe a, Nr. 5 und 6 treten am 1. Januar 2008 in Kraft.

(9) Artikel 1 Nr. 6, Nr. 11 Buchstabe a, Nr. 13, Nr. 14 Buchstabe b, Nr. 16 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Nr. 18, Nr. 19, Nr. 24, Nr. 26 Buchstabe c und d, Nr. 29, Nr. 36, Nr. 38, Nr. 40, Nr. 42, Nr. 43 Buchstabe a soweit Absatz 1c aufgehoben wird, Nr. 44, Nr. 51 Buchstabe a und b, Nr. 52, Nr. 53 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und cc, Buchstabe c und d, Buchstabe e Doppelbuchstabe aa, Nr. 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, Buchstabe b, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa, Nr. 56, Nr. 57 Buchstabe b, c, h und j, Nr. 58, Nr. 59 Buchstabe a bis c, e und f, Nr. 60, Nr. 62 Buchstabe c, Nr. 64 bis 66, Nr. 71 Buchstabe a, Nr. 72 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Buchstabe c, Nr. 73 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Buchstabe b und c, Nr. 74 bis 83, Nr. 85 Buchstabe a, Nr. 86 bis 88, Nr. 90, Nr. 91 Buchstabe a, Nr. 95 Buchstabe b, d und e, Nr. 97 Buchstabe d Doppelbuchstabe bb, Nr. 98, Nr. 100, Nr. 101, Nr. 106, Nr. 108 bis 110, Nr. 112, Nr. 122 Buchstabe a und Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, Nr. 124, Nr. 125, Nr. 128, Nr. 129, Nr. 135 Buchstabe a und c, Nr. 141, Nr. 143, Nr. 143a, Nr. 144 Buchstabe e, Nr. 150, Nr. 151, Nr. 153 Buchstabe d, Nr. 155, Nr. 179 Buchstabe d bis h, Nr. 180 Buchstabe b, Nr. 181 Buchstabe a und b, Nr. 184 Buchstabe a und b, Nr. 185 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb, Nr. 187, Nr. 188, Nr. 190, Nr. 193, Nr. 194 Buchstabe b, Buchstabe c Doppelbuchstabe aa und bb, Nr. 195 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, cc und dd, Buchstabe c, d, f und g, Nr. 196 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Buchstabe c, Nr. 197 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Buchstabe b, Buchstabe c Doppelbuchstabe aa und bb, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa bis dd, Nr. 198 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb, Buchstabe d Doppelbuchstabe aa, Nr. 199 Buchstabe c, Nr. 202 bis 207, Nr. 208 Buchstabe a, Artikel 2 Nr. 1 bis 6, Nr. 8, Nr. 8a Buchstabe b, Nr. 9, Nr. 10, Nr. 13 bis 27, Nr. 30a, Artikel 2a, Artikel 5 Nr. 2, Nr. 5, Nr. 7, Artikel 8 Nr. 2, Nr. 3 Nr. 5, Nr. 9, Nr. 15 bis 18, Nr. 19 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa, Nr. 21, Nr. 23 bis 26, Nr. 32, Nr. 33, Nr. 35, Nr. 36, Nr. 39, Nr. 43, Nr. 44, Nr. 45, Artikel 9, Artikel 18 Nr. 1 bis 3, Nr. 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb, Nr. 5 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa bis dd, Nr. 6 bis 8, Artikel 19 Nr. 3, Nr. 5, Artikel 20 Nr. 1, Nr. 4, Nr. 5, Artikel 21 Nr. 1 bis 6, Nr. 8 bis 14, Artikel 22 Nr. 1 bis 6, Nr. 10 bis 16, Artikel 23 Nr. 1, Nr. 4a bis 5, Artikel 24, Artikel 25 Nr. 3 Buchstabe b, Artikel 25a, Artikel 26 bis 29, Artikel 30 Nr. 4 Buchstabe a, Artikel 33, Artikel 37, Artikel 38 Nr. 1, Artikel 41 Nr. 2, Artikel 42 treten am 1. Juli 2008 in Kraft.

(10) Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe b, Nr. 2 Buchstabe b, Nr. 4, Nr. 30a, in Nr. 33 der § 53 Abs. 6 und 7, Nr. 41 Buchstabe a, Nr. 126 Buchstabe a bis c, Nr. 132, Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und cc, Nr. 136a, Nr. 140, Nr. 144 Buchstabe a bis d, in Nr. 145 der § 213 Abs. 1 bis 5, Nr. 146, Nr. 148, Nr. 152, Nr. 153a, Nr. 156, Nr. 158, Nr. 160, Nr. 161, Nr. 163 bis 166, Nr. 169 Buchstabe a, Nr. 170 bis 173, Nr. 174 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb, Nr. 175, Nr. 177, Nr. 178, Nr. 179 Buchstabe a bis c und Buchstabe i, Nr. 180 Buchstabe a, Nr.



181 Buchstabe d, Nr. 182, Nr. 212 , Artikel 2 Nr. 01, Nr. 6a, Nr. 8a Buchstabe a, Nr. 27a, Nr. 27b, Nr. 28, Nr. 29, Nr. 29a0, Nr. 29a1, Nr. 29c, Nr. 30, Artikel 3 Nr. 1, Artikel 4, Artikel 5 Nr. 1, Nr. 4, Nr. 6, Nr. 7a, Artikel 6 Nr. 1 bis 3, Artikel 8 Nr. 20, Nr. 27 Buchstabe b, Nr. 30, Nr. 31, Artikel 10, Artikel 12 Nr. 2 Buchstabe a und b, Artikel 15 Nr. 4a, Nr. 12, Nr. 16 Buchstabe b, Nr. 20, Nr. 25, Nr. 28 Buchstabe b, Nr. 29, Nr. 30, Artikel 16 Nr. 01 bis 7, Artikel 17, Artikel 40, Artikel 43, Artikel 44 Nr. 1 bis 4, Nr. 5 Buchstabe a und b, Nr. 6, 7 und 9 treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

(11) Artikel 1 Nr. 71 Buchstabe c tritt am 1. Januar 2010 in Kraft.

(12) Artikel 5 Nr. 3 tritt am 1. Januar 2011 in Kraft."

Begründung:

Zu Absatz 1

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. April 2007 in Kraft tritt, soweit in den Abätzen 2 bis 12 nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen erhält die Bundesmittel nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 lediglich zur Weiterleitung an die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Um zu vermeiden, dass allein durch diese durchlaufenden Gelder im Jahr 2006 die Verwaltungskostenobergrenze überschritten wird, muss die Regelung zum 01.01.2006 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Das Gesetz sieht ein rückwirkendes Inkrafttreten der Regelungen im Zusammenhang mit der Gründung eines Instituts des Bewertungsausschusses für den ärztlichen Bereich vor, damit der Prozess der Professionalisierung des Entscheidungsverfahrens des Bewertungsausschusses unverzüglich eingeleitet wird und die erforderlichen personellen und organisatorischen Maßnahmen zügig und sachgerecht getroffen werden, um die bereits im Jahr 2007 zu erfüllenden Aufgaben (insbesondere die Neugestaltung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach § 87 Abs. 2a) fristgerecht abzuarbeiten

#### Zu Absatz 4

Das Inkrafttreten der Regelungen (Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a, Buchstabe c Doppelbuchstabe aa bis cc, Buchstabe e, Artikel 1 Nr. 135 Buchstabe b Doppelbuchstabe ee und Artikel 15 Nr. 4), wonach ein Wechsel abhängig Beschäftigter von der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung nur noch dann möglich ist, wenn das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze in drei aufeinander folgenden Jahren überstiegen hat, wird vom Tag der ersten Lesung auf den Tag der dritten Lesung verschoben, um eine höchstmögliche verfassungsrechtliche Rechtssicherheit zu erzielen. Das Vertrauen der Betroffenen ist dann nicht mehr schutzwürdig, wenn der Bundestag das in die Vergangenheit rückwirkende Gesetz beschlossen hat (BVerfGE 14, 298).

Ein Inkrafttreten der Regelungen zur Neubewertung der belegärztlichen Leistungen durch den Bewertungsausschuss im einheitlichen Bewertungsmaßstab zum Tag der dritten Lesung ist erforderlich, damit der Beschluss des Bewertungsausschusses umgehend vorbereitet wird und bereits mit Wirkung zum 1. April 2007 in Kraft tritt. Damit wird ermöglicht, dass die Problematik der belegärztlichen Honorierung kurzfristig gelöst werden kann.

Am Tag der dritten Lesung soll auch die Klarstellung des Begriffs der Verschuldung in § 265a SGB V (Art. 1 Nr. 177a) in Kraft treten. Dies ist erforderlich, da § 265a SGB V vorsieht, dass die Entschuldung der Krankenkassen grundsätzlich bis zum 31. Dezember 2007 erfolgt sein soll. Daher soll für die Krankenkassen, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Klarheit darüber bestehen, von welchem Begriff der Verschuldung insoweit auszugehen ist.

#### Zu Absatz 5

Da die Frist zur Harmonisierung der Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsmaßstäbe am 31. Dezember 2006 endete, muss die Regelung zur Fristverlängerung am 1. Januar 2007 in Kraft treten.

Da die Neuregelung zu den Sicherstellungszuschlägen für den ärztlichen Bereich vorsieht, dass ab dem Jahr 2007 die Krankenkassen die finanzielle Belastung – ohne Anrechnung auf die Gesamtvergütung - allein zu tragen haben, tritt sie zum 1. Januar 2007 in Kraft.

Die Maßnahmen zu dem GKV-Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser treten zum 1. Januar 2007 in Kraft, um die Entlastung der Krankenkassen für das gesamte Jahr 2007 in vollem Umfang sicherzustellen.

Das im Gesetz zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen (Artikel 39) enthaltene Moratorium für die Öffnung neu errichteter Betriebs- und Innungskrankenkassen bis zum 1. Januar 2007 befristet war, muss seine Verlängerung ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2007 in Kraft treten, damit eine nahtlose Geltung des Moratoriums gewährleistet ist.

Zu Absatz 6

Damit die Wahlordnung möglichst zeitnah mit Inkrafttreten des Gesetzes in Kraft treten kann, ist das Inkrafttreten der Ermächtigungsnorm vorzuverlegen.

Zu Absatz 7

Der Basistarif in der privaten Krankenversicherung wird zum 1. Januar 2009 eingeführt, zeitgleich dazu treten die weiteren Vorschriften zur Neuregelung der privaten Krankenversicherung, etwa die Einführung einer Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung, in Kraft. Abweichend hiervon wird bereits zum 1. Juli 2007 allen Nichtversicherten, die der Sphäre der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, der Zugang zum bisherigen Standardtarif ermöglicht (vgl. § 315 SGB V). Bereits dann gilt auch dort die Verpflichtung der Leistungserbringer, die im Standardtarif Versicherten zu behandeln.

Zu Absatz 8

Die Umsetzung der Neuregelungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung durch die zuständige Selbstverwaltung (Neuorganisation der Prüfungsgremien, Entbürokratisierung, Anpassung der Prüfungsvereinbarungen, Datenübermittlung) erfordern einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2007. Dies schafft auch Rechtssicherheit für die von den Prüfungsverfahren insbesondere betroffenen Ärztinnen und Ärzte

Zu Absatz 9

Ein Großteil der in Absatz 9 genannten Vorschriften betrifft die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenkassen. Das Inkrafttreten der darauf bezogenen Vorschriften zum 1. Juli 2008 erklärt sich daraus, dass bis zu diesem Zeitpunkt die bisherigen Bundesverbände in der

Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts ihre bisherigen Aufgaben unverändert fortführen. Danach werden die Aufgaben in aller Regel von dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen übernommen, der grundsätzlich ab diesem Zeitpunkt für sämtliche Aufgaben zuständig wird, die nicht wettbewerblicher Art sind und früher gemeinsam und einheitlich von den alten Bundesverbänden erledigt wurden.

Weiter betrifft der Absatz die Regelungen zur Neuorganisation und Professionalisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese treten zum 1. Juli 2008 in Kraft, da die Umgestaltung des maßgeblichen Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Organisationsreform der Krankenkassen aufbaut. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vertritt die Krankenkassen ab diesem Zeitpunkt im neugestalteten Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Änderungen der Qualitätssicherung treten zeitgleich mit der Vorschrift zur Umgestaltung des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft, da ab diesem Zeitpunkt die notwendigen Voraussetzungen für sektorenübergreifende Beschlüsse zur Qualitätssicherung in der gemeinsamen Selbstverwaltung gegeben sind.

Zu Absatz 10

Die Regelungen zur Errichtung des Gesundheitsfonds und die damit in Zusammenhang stehenden Regelungen über den Beitragseinzug und die Beitragsgestaltung, insbesondere die Festschreibung des Beitragssatzes, treten zeitgleich mit den neugefassten Regelungen über den Risikostrukturausgleich zum 1. Januar 2009 in Kraft.

Zum 1. Januar 2009 wird die Etablierung der neuen Verbandsstruktur abgeschlossen. Dies bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt die bisherigen Bundesverbände als Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts.

Zu Absatz 11

Zum 1. Januar 2010 wird ein finanzielles Anreizsystem zum Abbau von Unterversorgung in der nur für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Euro-Gebührenordnung insbesondere mittels Zuschläge auf die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte eingeführt (vgl. §§ 87a ff. in Verbindung mit § 87 SGB V). Da für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung entsprechende Vergütungszuschläge innerhalb des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems nicht vorgesehen sind, sind ab dem 1. Januar 2010 die Regelungen zu Sicherstellungszuschlägen auf den zahnärztlichen Bereich zu beschränken.

Zu Absatz 12

Die Regelung über die Einrichtung von Weiterleitungsstellen (beauftragten Stellen) tritt zum 1. Januar 2011 in Kraft. Damit ist sichergestellt, dass die notwendigen vorbereitenden Planungen und Maßnahmen zur Errichtung der Weiterleitungsstellen getroffen werden können

## **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 -

### **Artikel 47 - neu - (Außerkräfttreten)**

Nach Artikel 46 wird folgender neuer Artikel 47 angefügt:

#### **"Artikel 47 Außerkräfttreten**

Artikel 1 Nr. 195 Buchstabe e tritt am 1. Juli 2008 außer Kraft."

#### **Begründung:**

Die Regelung enthält eine Übergangsvorschrift zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik bis zum 30. Juni 2008. Mit Inkrafttreten der Finanzierung aus dem Haushalt des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 1. Juli 2008 ist diese Regelung entbehrlich.