

(14) Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

Zu 0161

Eingang am 30.1.2007

zu TOP 1 der TO

am 31.1.2007

16. Wahlperiode

**Änderungsantrag 3 - neu - (ersetzt den Änderungsantrag 3 in
Ausschussdrucksache 0161 vom 11.01.2007)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 16)

(Ruhen des Anspruchs)

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

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

"Satz 1 gilt entsprechend für Versicherte dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 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.""

Begründung

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

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

Entsprechend des über § 16 Abs. 3a Satz 1 in Bezug genommenen § 16 Abs. 2 Künstlersozialversicherungsgesetz endet das Ruhen, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Zusätzlich soll das Ruhen beendet werden, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werden, um dieser besonderen Situation gerecht zu werden und ein Ruhen auf Dauer zu vermeiden.

**Änderungsantrag 13 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 13 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 26 (§ 40) und Nr. 27 (§ 40a) (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
und Geriatrische Rehabilitation)

Artikel 1 Nr. 26 und Artikel 1 Nr. 27 werden wie folgt geändert:

a) Artikel 1 Nr. 26 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

„a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Wörter "in wohnortnahen" werden durch die Wörter "durch wohnortnahe" ersetzt.
- bb) Das Wort "kann" wird durch das Wort "erbringt" ersetzt und das Wort "erbringen" wird gestrichen.
- cc) Folgender Satz 2 wird angefügt:
"Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären
Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu
erbringen."

bb) Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

a) In Doppelbuchstabe aa) werden nach dem Wort "eingefügt" folgende Wörter angefügt:

"und das Wort "kann" wird durch das Wort "erbringt" ersetzt, das Wort "erbringen" wird gestrichen."

b) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

"bb) Folgende Sätze 2 und 3 werden angefügt:

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

b) Artikel 1 Nr. 27 entfällt

Begründung

Zu Buchstabe a

Im Entwurf des GKV-WSG ist bereits vorgesehen, Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation (§ 40a neu) sowie Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41) von Ermessens- in Pflichtleistungen umzuwandeln, um diesen Leistungen stärker Geltung zu verschaffen.

Mit den Änderungen werden auch die übrigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt. Rehabilitationsleistungen für schwerwiegend kranke Kinder mit angeborenen oder früh auftretenden Erkrankungen oder für Erwachsene mit chronifizierten Krankheitsbildern sollen nicht länger als Ermessensleistungen schwächer als Pflichtleistungen ausgestaltet sein. Für die Prüfung der Krankenkasse zur Erforderlichkeit einer Maßnahme spielt die Einstufung als Ermessensleistung auch bisher keine

Rolle. Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen sollen als Pflichtleistungen vollständig in den Risikostrukturausgleich einfließen.

Die gesonderte Einführung einer Pflichtleistung "Geriatrische Rehabilitation" (§ 40a) kann deshalb entfallen. Die dort vorgesehene Klarstellung, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI erbracht werden können, wird in § 40 Abs. 1 aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Zu den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen zu den Merkmalen "Antragstellungen" und "Erledigung der Antragstellung" durchgeführt. Das Bewilligungsgeschehen bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede soll hierdurch transparenter werden, um Fehlern in der Antragsabwicklung leichter nachgehen zu können.

**Änderungsantrag 17 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 17 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 33 (§ 53)

(Wahltarife)

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

a) Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

"§ 13 Abs. 1 Satz 2 bis 4 gilt nicht."

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz eingefügt:

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

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

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

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

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

Begründung

Zu Buchstabe a

Im Bereich der Wahltarife des § 53 wählen Mitglieder Kostenerstattung, indem Sie bei ihrer Krankenkasse einen speziellen Tarif abschließen. Eine zusätzliche Verpflichtung, vor der Inanspruchnahme von Leistungen die Krankenkasse über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen, wie dies in § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB V geregelt ist, wäre nicht sachgerecht; ebensowenig bedarf es einer zusätzlichen Beratung durch Leistungserbringer.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

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

Zu Buchstabe e

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

**Änderungsantrag 24 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 24 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

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

Zu Artikel 1 Nr. 67 (§ 100) (Unterversorgungsfeststellung/Redaktionelle Folgeänderung)

Artikel 1 Nr. 67 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a werden nach dem Wort "gestrichen" die Wörter "und das Wort
"unmittelbar" durch die Wörter "in absehbarer Zeit" ersetzt" eingefügt.

b) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

"b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

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

Begründung

Zu Buchstabe a

Künftig sollen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nicht erst bei unmittelbar drohender Unterversorgung, sondern bereits dann, wenn absehbar ist, dass Unterversorgung droht, einen sogenannten "Unterversorgungsbeschluss" fassen können. Die Voraussetzungen für einen entsprechenden Beschluss werden damit vermindert und der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung erhöht.

Zu Buchstabe b

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

**Änderungsantrag 29 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 29 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

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

Zu Artikel 1 Nr. 97 (§ 130a)

(Generika-Rabatt)

In Artikel 1 wird Nr. 97 wie folgt geändert:

a) Buchstabe e wird wie folgt neu gefasst:

"e) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 und Satz 2 wird jeweils das Wort "Herstellerabgabepreises" durch die Wörter "Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers" ersetzt.
- bb) Folgende Sätze werden angefügt: "Satz 2 gilt nicht für ein Arzneimittel, dessen Abgabepreis nach Satz 1 im Zeitraum von 36 Monaten vor der Preissenkung erhöht worden ist; Preiserhöhungen vor dem 1. Dezember 2006 sind nicht zu berücksichtigen. Für ein Arzneimittel, dessen Preis einmalig zwischen dem 1. Dezember 2006 und dem (Datum des Inkrafttretens) erhöht und anschließend gesenkt worden ist, kann der pharmazeutische Unternehmer den Abschlag nach Satz 1 durch eine ab (Datum des Inkrafttretens) neu vorgenommene Preissenkung von mindestens 10 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer ablösen, sofern er für die Dauer von 12 Monaten ab der neu vorgenommenen Preissenkung einen weiteren Abschlag von 2 vom Hundert des Abgabepreises nach Satz 1 gewährt."

b) Buchstabe i wird wie folgt neu gefasst:

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

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Text entspricht dem bisherigen Regelungsinhalt des Buchstaben e.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderungen zum Wegfall der Gewährleistung der Apotheken für das Zustandekommen eines Einsparbetrags von 500 Mio. Euro durch Rabattverträge und Preisnachlässe wird das Initiativrecht der Apotheken zum Abschluss von Rabattverträgen mit

pharmazeutischen Unternehmen zu Gunsten von Krankenkassen gestrichen. Es bleibt bei der bereits nach geltender Rechtslage vorgesehenen Möglichkeit der Krankenkassen, Apotheken oder ihre Verbände am Abschluss solcher Verträge zu beteiligen bzw. diese hiermit zu beauftragen.

**Änderungsantrag 33 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 33 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. – 16/3100

Zu Artikel 1 Nr. 121 (§ 140d)

(Integrierte Versorgung)

Artikel 1 Nr. 121 wird wie folgt gefasst:

„121. § 140d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

"Sie dürfen nur für voll- oder teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser und für ambulante vertragsärztliche Leistungen verwendet werden; dies gilt nicht für Aufwendungen für besondere Integrationsaufgaben. Satz 2 gilt nicht für Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen."

bb) Im bisherigen Satz 5 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ ein Komma eingefügt und die Wörter „soweit die Mittel in den Jahren 2007 und 2008 einbehalten wurden,“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "und der Risikostruktur" und der zweite Halbsatz gestrichen und nach dem Wort "bereinigen" ein Komma und die Wörter "soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf

den nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert" eingefügt..

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

cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern."

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

"(5) Die Krankenkassen melden der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildeten gemeinsamen Registrierungsstelle die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen Mittel nach Absatz 1 Satz 1. Die Registrierungsstelle veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung. Der Bericht soll auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten."

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung stellt klar, dass die Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die Krankenhäuser nur für die Vergangenheit, also für die Mittel, die in den Jahren 2004 bis 2006 einbehalten wurden, entfällt. Für die in den Jahren 2007 und 2008 einbehaltenen Mittel besteht eine Rückzahlungsverpflichtung. Die Krankenkassen haben den Krankenhäusern die Mittel, die nicht für die integrierte Versorgung verwendet wurden, zurückzuzahlen.

Zu Buchstabe b

Doppelbuchstabe bb

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

**Änderungsantrag 35 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 35 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

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

Zu Artikel 1 Nr. 133 (§ 173)

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

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

„a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

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

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

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird zum einen bewirkt, dass sich Betriebs- und Innungskrankenkassen,
die derzeit noch nicht für betriebs- bzw. für innungsfremde Mitglieder geöffnet sind, auch über
den 31. Dezember 2008 hinaus öffnen können. Hierdurch soll diesen Krankenkassen

ermöglicht werden, sich auch nach diesem Zeitpunkt für eine umfassende Teilnahme am Kassenwettbewerb entscheiden zu können.

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

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

**Änderungsantrag 41 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 41 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

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

Zu Artikel 1 Nr. 144 (§ 212)

(Gesellschafter der Bundesverbände/
Vertretung der Ersatzkassen auf
Landesebene)

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

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

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

cc) Folgender Satz wird angefügt:

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

b) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

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

"Die Ersatzkassen haben für alle Verträge auf Landesebene, die nicht gemeinsam und einheitlich abzuschließen sind, jeweils einen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis zu benennen. Ersatzkassen können sich auf eine gemeinsame Vertretung auf Landesebene einigen. Für gemeinsam und einheitlich abzuschließende Verträge auf Landesebene müssen sich die Ersatzkassen auf einen gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis einigen. In den Fällen der Sätze 5 und 6 können die Ersatzkassen die Verbände der Ersatzkassen als Bevollmächtigte benennen. Sofern nichts anderes bestimmt ist, haben die Ersatzkassen für sonstige Maßnahmen und Entscheidungen einen gemeinsamen Vertreter zu benennen. Können sich die Ersatzkassen in den Fällen der Sätze 6 und 8 nicht auf einen gemeinsamen Vertreter einigen, bestimmt die Aufsicht den Vertreter. Soweit für die Aufgabenerfüllung der Erlass von Verwaltungsakten notwendig ist, haben im Falle der Bevollmächtigung die Verbände der Ersatzkassen hierzu die Befugnis.““

Begründung

zu Buchstabe a

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

zu Buchstabe b

Die Ersatzkassen schließen kassenartenspezifische Verträge jeweils für sich ab. Sofern eine gemeinsame Vertretung von den Ersatzkassen oder von manchen Ersatzkassen gewollt ist, können sie sich auf einen gemeinsamen Abschlussbevollmächtigten einigen. Ein gemeinsamer

Abschlussbevollmächtigter muss benannt werden, wenn es um den Abschluss von kassenartenübergreifenden Verträgen auf Landesebene geht. Hiermit wird eine einheitliche Vertretung der Ersatzkassen gewährleistet. In beiden Fällen können auch die Verbände der Ersatzkassen und deren Landesvertretungen als Abschlussbevollmächtigte benannt werden. Die Verbände der Ersatzkassen haben die Befugnis Verwaltungsakte zu erlassen, wenn dies für die ihnen von den Ersatzkassen übertragenen Aufgaben erforderlich ist.

**Änderungsantrag 54 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 54 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 1 Nr. 174 (§ 257)

(Beitragszuschüsse für Beschäftigte)

Artikel 1 Nr. 174 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

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

b) In Buchstabe c wird Satz 1 wie folgt geändert:

aa) Die Angabe "1. Januar 2008" wird durch die Angabe "1. Januar 2009" ersetzt.

bb) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

"3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im
Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung
verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008
geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten
einzuhalten,"

cc) Die bisherigen Nummern 3, 4 und 5 werden die Nummern 4, 5 und 6.

Begründung:

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der neue Basistarif wird erst zum 1. Januar 2009 eingeführt. Bis dahin gelten die den Standardtarif betreffenden Vorschriften des § 257 in der bisherigen Fassung weiter.

Zu Doppelbuchstabe bb

Absatz 2a nennt Voraussetzungen für den Anspruch von Beschäftigten auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers. Da Versicherte im Standardtarif mit Ausnahme der Fälle des § 315 SGB V (Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz) ab dem Jahr 2009 wählen können, ob sie in diesem Tarif bleiben oder in den neuen Basistarif wechseln, ist eine zusätzliche Voraussetzung für den Anspruch auf Beitragszuschuss (und damit die Erteilung der Bescheinigung der Aufsichtsbehörde) in die Vorschrift aufzunehmen, die die Bestandsfälle berücksichtigt, auf die der Standardtarif auch über den 1. Januar 2009 hinaus weiter zur Anwendung kommen soll. Die Fortführung des finanziellen Spitzenausgleichs für diese Fälle wird in § 314 Abs. 2 SGB V geregelt.

**Änderungsantrag 71 - neu - (ersetzt Änderungsantrag 71 in Ausschuss-
drucksache 0161 vom 11.01.2007)**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

- Drs. 16/3100 -

Zu Artikel 3

(SGB II)

Artikel 3 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 3

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 1 des
Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I
S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

“(2) Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen
Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und
die für den Fall der Krankheit

1. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 12 Abs.
1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
2. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird für die Dauer
des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen; für Personen, die allein durch den
Beitrag zur freiwilligen Versicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im
notwendigen Umfang übernommen.

(3) Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen
Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, werden
für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private

Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Satz 1 gilt entsprechend, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

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

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

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

Begründung:

Zu Nummer 1a

Der neue Absatz 2 betrifft die Krankenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Soweit diese Personen für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, enthält § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 VAG die Verpflichtung des Trägers nach dem Zweiten Buch, sich an den Aufwendungen im dort geregelten Umfang zu beteiligen. Aus Gründen der Rechtsklarheit und Anwenderfreundlichkeit verweist Nummer 1 auf diese Regelungen. Soweit Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht pflichtversichert, sondern freiwillig versichert sind, soll Nummer 2 regeln, dass die Bundesagentur für Arbeit oder der zugelassene kommunale Träger für die Dauer des Leistungsbezugs den Beitrag übernimmt.

Der neue Absatz 3 betrifft die Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Satz 1 sieht vor, dass die Bundesagentur für Arbeit oder der zugelassene kommunale Träger die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernimmt. Satz 2 soll sogenannte Grenzfälle regeln, d.h. Fälle, in denen eine Person allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung hilfebedürftig würde.

Zu Nummer 1b

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

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

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

Zu Nummer 2

Die Regelung entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 3 des Gesetzentwurfs.