

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0034

23.04.2010

**Änderungsanträge zum Entwurf eines
Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher
und anderer Vorschriften
(BT-Drs. 17/1297)**

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 1 Nummer 01 – neu –

(Herstellerabschlag)

In Artikel 1 wird vor Nummer 1 folgende Nummer 01 eingefügt:

,01. § 130a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel abweichend von Absatz 1 Satz 1 16 Prozent. Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1.“

b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „1. November 2005“ durch die Angabe „1. August 2009“ und die Wörter „ab dem 1. April 2006 bis zum 31. März 2008“ durch die Wörter „ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für nach dem 1. August 2009 in den Markt eingeführte Arzneimittel gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet; bei Neueinführungen, die sich lediglich hinsichtlich der Packungsgröße oder der Wirkstärke je Applikationseinheit von einem bereits zuvor im Markt befindlichen Arzneimittel unterscheiden, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je definierter durchschnittlicher Tagesdosis der größten Packung mit dem gleichen Kennzeichen nach der

auf Grund von § 31 Absatz 4 erlassenen Rechtsverordnung zu berechnen."

c) Absatz 8 Satz 4 wird wie folgt geändert:

Die Angabe „nach den Absätzen 1, 3a und 3b" wird ersetzt durch die Angabe „nach den Absätzen 1, 1a, 3a und 3b".'

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Herstellerabschlag wird vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 für alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden und für die kein Festbetrag gilt, von 6 auf 16 Prozent erhöht. Damit wird die Solidargemeinschaft um rund 1,15 Mrd. Euro pro Jahr entlastet. Hierdurch wird die Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung vermindert, die auch durch einen nur eingeschränkten Preiswettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln mitbedingt ist.

Die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel werden weiterhin zu einem überwiegenden Teil durch Zuwächse bei den nicht festbetragsgebundenen Arzneimitteln verursacht. Mit dem erhöhten Abschlag wird erreicht, dass die pharmazeutischen Unternehmer in diesem Bereich einen Beitrag zur Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung leisten, der dem wachsenden Anteil der Ausgaben für diese Arzneimittel an allen Leistungsausgaben entspricht.

Der Ausgabenanstieg für nicht festbetragsgebundene Arzneimittel lag in den vergangenen Jahren deutlich über dem allgemeinen Ausgabenzuwachs. So ist der Umsatz der Arzneimittelhersteller zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers in den vergangenen beiden Jahren um knapp 10 Prozent (2009) beziehungsweise über 13 Prozent (2008) gewachsen.

Durch die Wirtschafts- und Finanzkrise haben sich die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung demgegenüber deutlich schlechter entwickelt als ohne die Krise zu erwarten gewesen wäre. Gleichzeitig hat die pharmazeutische Industrie im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nur geringe Einbußen aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise hinnehmen müssen. Die Belastung für die pharmazeutischen Unternehmer ist im

Verhältnis zu dem Ziel der Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für einen befristeten Zeitraum von drei Jahren und fünf Monaten mithin zumutbar.

Patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1 sind von dem erhöhten Abschlag ausgenommen. Damit wird verhindert, dass sich die Abschläge nach den Absätzen 1, 1a und 3b im Einzelfall auf insgesamt 26 Prozent summieren können und eine unzumutbare Belastung darstellen. Gleichzeitig wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Preisentwicklung für Arzneimittel im generikafähigen Markt im Gegensatz zu den Preisen für patentgeschützte Arzneimittel in den vergangenen Jahren rückläufig ist und dieses Marktsegment nicht für die überproportionale Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich verantwortlich zeichnet. Schließlich bestehen inzwischen flächendeckend für eine große Anzahl von Wirkstoffen Vereinbarungen nach Absatz 8 für Generika, die ebenfalls zu einer Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Zu Buchstabe b:

Es wird sichergestellt, dass der erhöhte Herstellerrabatt tatsächlich der gesetzlichen Krankenversicherung zu Gute kommt und nicht durch Preiserhöhungen ausgeglichen werden kann. Erhöht der pharmazeutische Unternehmer seinen Abgabepreis im Vergleich zum Preisstand am 1. August 2009, hat er einen Abschlag in Höhe der Preiserhöhung zu entrichten. Mit dem Stichtag 1. August 2009 werden auch Preiserhöhungen ausgeglichen, die seit diesem Zeitpunkt vorgenommen wurden. Die Vorschrift ist wie der erhöhte Herstellerabschlag bis zum 31. Dezember 2013 befristet.

Mit der Ergänzung in Satz 2 wird verhindert, dass pharmazeutische Unternehmer den Preisstopp durch Änderungen in der Packungsgröße oder der Wirkstärke je Applikationseinheit umgehen können. Bei entsprechenden Änderungen wird für das neue Arzneimittel der Preis je definierter durchschnittlicher Tagesdosis der bereits im Markt befindlichen größten Packung mit dem gleichen Packungsgrößenkennzeichen zugrunde gelegt.

Für importierte Arzneimittel gilt die Regelung des bisherigen Satz 3 für den neuen Herstellerabschlag nach Absatz 1a erneut. Das bedeutet, dass bei Re- und Parallelimporten der Ausgleich von Preiserhöhungen auf einen Betrag begrenzt ist, bei dem Importarzneimittel mindestens 15 Prozent bzw. mindestens 15 Euro preisgünstiger bleiben als das Bezugsarzneimittel unter Berücksichtigung des befristeten Festschreibens der Abrechnungspreise mit den Krankenkassen. Die Regelung trägt einerseits den begrenzten Möglichkeiten der Arzneimittelimporteure Rechnung, Preiserhöhungen auf ausländischen

Märkten auszugleichen und gewährleistet andererseits, dass der gesetzliche Preisabstand zu den Bezugsarzneimitteln auch im Rahmen der Regelungen zum Ausschluss von Erhöhungen der Abrechnungspreise mit den Krankenkassen erhalten bleibt und trägt damit zum Erhalt des Wettbewerbs durch preisgünstige Importarzneimittel bei.

Zu Buchstabe c:

Absatz 8 Satz 4 regelt, dass die gesetzlichen Abschläge durch die Vereinbarung vertraglicher Rabatte nicht berührt werden. Es wird klargestellt, dass dies auch für den befristet erhöhten Herstellerabschlag nach Absatz 1a gilt.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 1

(elektronische Gesundheitskarte;
Schiedsstellen)

In Artikel 1 wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. § 291a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 7a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“

bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 eingefügt:

„Die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.“

cc) Der bisherige Satz 5 wird Satz 6.

b) Absatz 7b wird wie folgt geändert:

aa) Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist oder, in den folgenden Jahren, jeweils bis zum 30. Juni zu Stande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“

bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz 6 angefügt:

„In den Fällen der Sätze 4 und 5 findet Absatz 7a Satz 5 entsprechende Anwendung.“

Begründung:

Auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Refinanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten der Leistungserbringer besteht beim Abschluss der erforderlichen Finanzierungsvereinbarungen zwischen der jeweiligen Spitzenorganisation der Leistungserbringer und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Nichteinigung im Verhandlungsweg nur die Möglichkeit, dass eine Vertragspartei die jeweilige Schiedsstelle anruft. Geschieht dies nicht, besteht keine weitere Möglichkeit, die Finanzierungsvereinbarungen herbeizuführen. Die Refinanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten ist jedoch ein wichtiger Faktor im Zuge der Einführung der Telematikinfrastruktur. Um diese Situation und damit Zeitverzögerungen zu vermeiden, wird daher die Möglichkeit geschaffen, dass das Bundesministerium für Gesundheit ebenfalls die Schiedsstelle anrufen kann. Um auch für den Fall der Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle Verzögerungen zu vermeiden, wird geregelt, dass entsprechende Klagen keine aufschiebende Wirkung haben.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 1

(Elektronische Gesundheitskarte;
Kosten des BSI)

In Artikel 1 wird nach der neu eingefügten Nummer 5a folgende Nummer 5b eingefügt:

„5b. In § 291b Absatz 1a wird nach Satz 7 folgender Satz 8 angefügt:

„Die beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik im Zusammenhang mit der Schaffung der Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten sind diesem durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten; die Einzelheiten werden zwischen der Gesellschaft für Telematik und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik vertraglich geregelt.“

Begründung:

Die Gewährleistung der Sicherheit der Daten ist eine zentrale Aufgabe beim Aufbau der Telematikinfrastruktur. Sie gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) unterstützt diesen Prozess seit Beginn beispielsweise durch umfangreiche Beratung der Beteiligten, durch die Entwicklung von Technischen Richtlinien und Schutzprofilen sowie durch die Zertifizierung der wichtigsten zentralen und dezentralen Komponenten und Dienste. Da der Aufbau der Telematikinfrastruktur Aufgabe der Selbstverwaltung ist, hat die Gesellschaft für Telematik die in diesem Zusammenhang stehenden Kosten des BSI, die dieses nicht anderweitig, wie z. B. durch Gebühren, ersetzt bekommt, zu tragen. Einzelheiten hierzu sind zwischen der Gesellschaft für Telematik und dem BSI vertraglich zu regeln.

Änderungsantrag 4

(in Verbindung mit Änderungsanträgen 11 und 12)

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 1 Nummer 8 – neu – (Übergangsregelung) (Verlängerung der Übergangsregelungen für die Einbeziehung privater Rechenzentren)

Dem Artikel 1 wird folgende Nummer 8 angefügt:

„8. Folgender § 320 wird angefügt:

„§ 320

Übergangsregelung zur befristeten Weiteranwendung aufgehobener Vorschriften

§ 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 in der Fassung des Artikel 15 Nummer 6a Buchstabe c und Nummer 13a Buchstabe b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) sind bis zum 1. Juli 2011 weiter anzuwenden.“

Begründung:

Mit Artikel 13 dieses Gesetzentwurfs sollten die mit der 15. AMG-Novelle (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 – BGBl. I S. 1990) geschaffenen befristeten Regelungen zur Einbeziehung anderer Stellen (z. B. private Verrechnungsstellen, private Rechenzentren) für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Absatz 6 – neu –) sowie der Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73b, § 73c und § 140a SGB V (§ 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 – neu –) verlängert werden, indem das Inkrafttreten der in Artikel 15a des o. g. Gesetzes geregelten Aufhebung dieser Vorschriften vom 1. Juli 2010 auf den 1. Juli 2011 verschoben wird (vgl. Begründung zu Artikel 13). Eine Verschiebung des Inkrafttretens ist jedoch zeitgerecht vor dem 1. Juli 2010 in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht mehr zu

erreichen, da die Verkündung dieses Gesetzes voraussichtlich erst nach dem 1. Juli 2010 erfolgen kann. Dadurch werden die Regelungen in § 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 SGB V zum 1. Juli 2010 aufgehoben. Um sicherzustellen, dass sie über den 1. Juli 2010 hinaus weiter anwendbar bleiben, wird eine Übergangsregelung zur Weitergeltung dieser Regelungen bis zum 1. Juli 2011 eingefügt.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 2 Nummer 1a – neu – (§ 77 Absatz 1a Satz 4 – neu – SGB IV)

(Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse)

In Artikel 2 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. Dem § 77 Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Beurteilung des den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkasse im Sinne des Satzes 1 sind die zu § 25 Absatz 2 Nummer 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung erlassenen Regelungen zugrunde zu legen.“

Begründung:

Durch die Änderung wird klargestellt, dass für die Beurteilung der Frage, ob die Jahresrechnung einer Krankenkasse ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild ihrer Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vermittelt, ausschließlich die Bestimmungen des Kontenrahmens zugrunde zu legen sind. Dies ergibt sich zwar bereits daraus, dass sich nach § 18 der Verordnung über den Zahlungsverkehr, die Buchführung und die Rechnungslegung in der Sozialversicherung (Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung – SVRV), § 27 Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 Satz 1 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) die Gliederung der Jahresrechnung der Krankenkassen nach den Bestimmungen des Kontenrahmens richtet. Die hierin enthaltenen Bestimmungen wurden zwischenzeitlich an die handelsrechtlichen Anforderungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. In der Praxis ist jedoch Rechtsunsicherheit darüber entstanden, ob die Übertragung der handelsrechtlichen Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung auf die gesetzliche Krankenversicherung durch § 77 Absatz 1a SGB IV nicht gleichwohl zur Folge hat, dass die Jahresrechnung der

Krankenkassen unmittelbar nach handelsrechtlichen Grundsätzen zu erstellen und von einem gegebenenfalls beauftragten Wirtschaftsprüfungsunternehmen nach diesen Grundsätzen zu prüfen ist. Die Klarstellung dieser Frage ist erforderlich, da auf Grund der Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber privaten Wirtschaftsunternehmen weiterhin Unterschiede zwischen einer Prüfung der Jahresrechnung nach dem Prüfmaßstab des Handelsgesetzbuchs (HGB) und nach dem für die gesetzliche Krankenversicherung maßgeblichen Kontenrahmen bestehen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass die Jahresrechnungen der Krankenkassen nach unterschiedlichen Maßstäben erstellt und geprüft würden. Die mit der Übertragung der handelsrechtlichen Buchungs- und Bilanzierungsgrundsätze auf die Krankenkassen angestrebte höhere Vergleichbarkeit der Jahresrechnungen würde nicht erreicht.

Entsprechend sind auch bei der Beurteilung der Vermögenslage einer Krankenkasse z. B. im Rahmen der Feststellung des Vorliegens einer bilanziellen Überschuldung nach § 171b Absatz 2 SGB V nur die Bestimmungen des Kontenrahmens heranzuziehen.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 4 Nummer 1 (§ 4 Absatz 2a BApO)

(§ 4 Anerkennung von
Drittstaatendiplomen)

Artikel 4 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

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

„(2a) Ist die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 nicht erfüllt, ist bei einem Antragsteller, der Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates ist, dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, die Approbation zu erteilen, wenn

1. er über einen Ausbildungsnachweis als Apotheker verfügt, der in einem anderen als den genannten Staaten (Drittland) ausgestellt ist,
2. ein anderer der genannten Staaten diesen Ausbildungsnachweis nach Nummer 1 anerkannt hat,
3. er über eine dreijährige Berufserfahrung als Apotheker im Hoheitsgebiet des Staates verfügt, der nach Nummer 2 den Ausbildungsnachweis anerkannt hat,
4. der Staat nach Nummer 2 die Berufserfahrung nach Nummer 3 bescheinigt und
5. die Ausbildung keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der Ausbildung aufweist, die in diesem Gesetz und in der Rechtsverordnung nach § 5 Absatz 1 geregelt ist.“

Begründung:

Wortgleiche Anpassung an die in der Bundesärzteordnung und dem Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vorgesehenen Änderungen. Es wird klargestellt, dass sich der Anwendungsbereich des § 4 Absatz 2a Satz 1 bis 7 BApO auch auf die Anerkennung von Drittstaatendiplomen von Staatsangehörigen der Schweiz erstreckt.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer
Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 7 Nummer 1 (§ 2 Absatz 3a Satz 3 KrPflG) (wesentliche Unterschiede)

In Artikel 7 Nummer 1 sind in § 2 Absatz 3a Satz 3 die Wörter „Dauer und Inhalt“ durch die
Wörter „Dauer oder Inhalt“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Berufsenerkennungsrichtlinie 2005/36/EG definiert „Fächer, die sich wesentlich unterscheiden“ in Artikel 14 Absatz 4 als Fächer, die bedeutende Abweichungen hinsichtlich Dauer oder Inhalt aufweisen. Die Änderung stellt eine Anpassung an entsprechend vorgesehene Formulierungen in der Bundes-Apothekerordnung, der Bundesärzteordnung und dem Zahnheilkundengesetz dar. Damit wird einem Vorschlag des Bundesrates entsprochen.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer
Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 8 Nummer 1 (§ 2 Absatz 2a Satz 3 HebG) (wesentliche Unterschiede)

In Artikel 8 Nummer 1 sind in § 2 Absatz 2a Satz 3 die Wörter „Dauer und Inhalt“ durch die
Wörter „Dauer oder Inhalt“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Berufsenerkennungsrichtlinie 2005/36/EG definiert „Fächer, die sich wesentlich unterscheiden“ in Artikel 14 Absatz 4 als Fächer, die bedeutende Abweichungen hinsichtlich Dauer oder Inhalt aufweisen. Die Änderung stellt eine Anpassung an entsprechend vorgesehene Formulierungen in der Bundes-Apothekerordnung, der Bundesärzteordnung und dem Zahnheilkundengesetz dar. Damit wird einem Vorschlag des Bundesrates entsprochen.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 10 Nummer 1 (§ 39 Absatz 2 Satz 1 ÄApprO) (Unterlagen Approbationsantrag)

Artikel 10 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 2“ die Angabe „, Absatz 2a“ eingefügt.“

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Damit wird einem Vorschlag des Bundesrates entsprochen.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer
Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 11 Nummer 1 (§ 59 Absatz 2 Satz 1 ZÄPrO) (Unterlagen Approbationsantrag)

Artikel 11 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 2“ die Angabe „ Absatz 2a“ eingefügt.“

Begründung:

Redaktionelle Änderung. Damit wird einem Vorschlag des Bundesrates entsprochen.

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 13 (entfällt)

(Verlängerung der Übergangsregelungen für die Einbeziehung privater Rechenzentren)

Artikel 13 wird gestrichen.

Begründung:

Mit der Regelung in Artikel 13 sollten die mit der 15. AMG-Novelle (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 – BGBl I S. 1990) geschaffenen befristeten Regelungen zur Einbeziehung anderer Stellen (z. B. private Verrechnungsstellen, private Rechenzentren) für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Absatz 6 – neu –) sowie der Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73b, § 73c und § 140a SGB V (§ 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 – neu –) verlängert werden, indem das Inkrafttreten der in Artikel 15a des o. g. Gesetzes geregelten Aufhebung dieser Vorschriften vom 1. Juli 2010 auf den 1. Juli 2011 verschoben wird (vgl. vorherige Begründung zu Artikel 13). Eine Verschiebung des Inkrafttretens ist jedoch zeitgerecht vor dem 1. Juli 2010 in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht mehr zu erreichen, da die Verkündung dieses Gesetzes voraussichtlich erst nach dem 1. Juli 2010 erfolgen kann. Dadurch werden die Regelungen in § 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 SGB V zum 1. Juli 2010 aufgehoben. Um sicherzustellen, dass sie über den 1. Juli 2010 hinaus weiter anwendbar bleiben, wird eine Übergangsregelung zur Weitergeltung dieser Regelungen bis zum 1. Juli 2011 eingefügt (vgl. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 8 – neu –).

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften

– Drs. 17/1297 –

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

(Verlängerung der Übergangsregelungen für die Einbeziehung privater Rechenzentren)

Artikel 14 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Artikel 1 Nummer 8 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2010 in Kraft.“

Begründung:

Mit Artikel 13 des Gesetzentwurfs sollten die mit der 15. AMG-Novelle (Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 – BGBl I S. 1990) geschaffenen befristeten Regelungen zur Einbeziehung anderer Stellen (z. B. private Verrechnungsstellen, private Rechenzentren) für die Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Absatz 6 – neu –) sowie der Leistungen im Rahmen von Selektivverträgen nach § 73b, § 73c und § 140a SGB V (§ 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 – neu –) verlängert werden, indem das Inkrafttreten der in Artikel 15a des o. g. Gesetzes geregelten Aufhebung dieser Vorschriften vom 1. Juli 2010 auf den 1. Juli 2011 verschoben wird (vgl. Begründung zu Artikel 13). Eine Verschiebung des Inkrafttretens ist jedoch zeitgerecht vor dem 1. Juli 2010 in diesem Gesetzgebungsverfahren nicht mehr zu erreichen, da die Verkündung dieses Gesetzes voraussichtlich erst nach dem 1. Juli 2010 erfolgen kann.

Dadurch werden die Regelungen in § 120 Absatz 6 und § 295 Absatz 1b Satz 5 bis 8 SGB V zum 1. Juli 2010 aufgehoben. Um sicherzustellen, dass sie über den 1. Juli 2010 hinaus weiter anwendbar bleiben, wird eine Übergangsregelung zur Weitergeltung dieser Regelungen bis zum 1. Juli 2011 eingefügt (vgl. Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 8 – neu –). Damit wird

das Regelungsziel des bisherigen Artikel 13, der nunmehr entfällt (vgl. Änderungsantrag zu Artikel 13) rechtstechnisch umgesetzt.

Bedenken gegen das rückwirkende Inkrafttreten nach Absatz 3 – neu – unter dem Gesichtspunkt des verfassungsrechtlichen Rückwirkungsverbots bestehen nicht, da nicht rückwirkend ändernd in abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen wird. Durch das rückwirkende Inkraftsetzen der Weitergeltungsregelung in § 320 SGB V – neu – wird ein nahtloser Erhalt der im Anschluss an die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. Dezember 2008 (B 6 KA 37/07) geschaffenen bereichsspezifischen Befugnisnormen für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken erreicht.

Mit dem lückenlosen Weitergelten der Befugnisnormen bleiben auch die in diesen Regelungen enthaltenen Vorgaben zur datenschutzrechtlichen Absicherung der Datenübermittlung erhalten:

- die strengen Vorgaben für die Auftragsdatenverarbeitung des Sozialdatenschutzes nach § 80 SGB X;
- die Gleichstellung der Auftragnehmer mit Stellen nach § 35 SGB I, mit der Folge der Geltung der Regelungen zum Sozialgeheimnis, einschließlich der technisch-organisatorischen Anforderungen des § 78a SGB X und
- die Aufsicht durch die Datenschutzbehörden des § 38 Bundesdatenschutzgesetz mit den dort genannten Kontrollbefugnissen.